

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

P. ANDRÉ VASSEROT

Né le 6 Décembre 1903, à Bergerac (Dordogne)

L'Hygroma chronique simple

DE LA

Bourse séreuse du Psoas iliaque

Président de Thèse : M. le Professeur ROUSSY.

MARCEL VIGNÉ, ÉDITEUR

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 13

PARIS

1933

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. BALTHAZARD.

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	LENORMANT.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL - LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
	H. CLAUDE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	DELBET.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE
Professeur sans chaire	MULON.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiâtrie	ALAJOUANINE.
Physiologie	N...
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BÉNARD Henri.
Chimie biologique	SANNIE.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	GAUDART D ALLAINES.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ÉCALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale	GASTINEL.
Bactériologie	GARNIER.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie médicale	LAROCHE Guy.
Oto-rhino-laryngologie	N...
Anatomie pathologique	HUGUENIN
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pathologie médicale	LIAN.
Pharmacologie	HAZARD.
Histologie	MILLOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Physiologie	RICHET Fils.
Dermatologie et syphillographie	SEZARY.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophtalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE (ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.....	} Clinique	BASSET.....	} Clinique
CHIRAY.....		CHEVASSU....	
DEBRE.....	} médicale	HEITZ-BOYER	} chirurgicale
DUVOIR.....		MATHIEU....	
FIESSINGER..		MOCQUOT ...	
LAIGNEL-LAVASTINE		PROUST.....	
		SCHWARTZ...	

MM.

LEVY-SOLAL.....	} Clinique obstétricale
METZGER.....	
LE LORIER.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDOUX-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

IN MEMORIAM

A MA CHÈRE MÈRE

*Dont l'unique pensée fut notre bonheur.
En bien faible témoignage de notre affection
infinie, nous lui dédions tout cet humble tra-
vail qui consacre son rêve.*

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

A MA TANTE M. BREIGNAT

Qui fut pour nous comme une mère.

A MA FAMILLE

AU DOCTEUR A. LACROIX

Dont l'amitié fraternelle nous est si chère.

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUSSY

Professeur d'Anatomie Pathologique

Membre de l'Académie de Médecine

*Par sa science et son génie organisateur, il a
su doter la Faculté de Médecine de Paris
d'un Institut de Cancérologie digne de son
renom et la Banlieue parisienne d'un Centre
Anti-Cancéreux qui honore notre Pays.*

*Il nous a fait le grand honneur d'accepter la
présidence de notre thèse. Nous lui adressons
l'hommage de notre respectueuse gratitude
et de notre admiration.*

A NOTRE MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR CHASTENET DE GÉRY

Chirurgien de l'Hospice Paul-Brousse
Membre de la Société de Chirurgie de Paris

*Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de
cette thèse et nous aider de ses conseils.
Qu'il nous permette de lui dire toute notre re-
connaissance pour l'enseignement précieux
qu'il nous a donné et la grande sollicitude
qu'il n'a cessé de nous témoigner.
Il restera pour nous le plus magnifique exem-
ple de sens clinique averti et de haute cons-
cience professionnelle.*

A MON PREMIER MAITRE

MONSIEUR A. DÈRET

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE NANTES

A MES MAITRES :

MONSIEUR LE DOCTEUR GOUIN

de l'Hôpital Civil de Brest

MONSIEUR LE DOCTEUR BENOISTE-PILLOIRE

du Sanatorium de Kerpape

MONSIEUR LE DOCTEUR V. PAUCHET

de l'Hôpital Saint-Michel (Paris)

MONSIEUR LE DOCTEUR BENZÉCRI

de l'Hôpital Civil d'Oran

*Qui, durant nos années d'internat surent nous
faire profiter de leur expérience, de leur
science et de leur talent.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ABADIE

de l'Hôpital Civil d'Oran

Dont nous pûmes admirer si souvent la maîtrise et la variété d'un talent chirurgical exemplaire.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JASSERON

de l'Hôpital Civil d'Oran

*Qui voulut bien nous initier à l'art délicat de l'ophtalmologie.
Nous lui affirmons ici toute notre gratitude.*

Introduction

L'inflammation d'une bourse séreuse normale ou accidentelle n'est point rare, tel l'hygroma du genou, tel l'hygroma des cordonniers, et le diagnostic en est généralement aisé. Toutefois, il n'en est pas toujours ainsi, lorsque la bourse séreuse est profondément située et exceptionnellement enflammée.

Alors que nous étions interne à l'Hospice Paul-Brousse à Villejuif (Seine), nous eûmes l'occasion d'observer et de voir opérer dans le service de notre Maître, M. le Docteur CHASTENET DE GÉRY, un hygroma hémorragique de la bourse séreuse du psoas iliaque. C'est une affection rare, peu connue et bien peu souvent diagnostiquée. Pourtant c'était le troisième cas que rencontrait M. le Docteur CHASTENET DE GÉRY : il en avait observé un premier cas alors qu'il était interne de M. le Professeur DELBET ; le second, à l'occasion d'un concours d'entrée de chirurgiens des Hôpitaux de Nantes, cas jamais publié et dont nous n'avons pu retrouver d'autre trace.

Sur ses conseils, nous résolûmes de rechercher et de grouper les observations et les travaux relatifs à cette bursite

plutôt méconnue et pourtant intéressante à cause de sa situation anatomique et des problèmes de diagnostic différentiel qu'elle pose.

Cependant, il eût été vain et peu utile après l'excellent ouvrage de DURVILLE, de reprendre la question générale des hygromas du psoas, ce qui nous eût conduit trop loin. Aussi nous sommes-nous borné à l'étude des seuls cas d'hygromas chroniques simples, sur lesquels nous avons pu réunir jusqu'à ce jour des documents relativement abondants.

Notamment, nous avons puisé largement : d'abord dans la thèse de DURVILLE (Paris, 1895), puis dans les travaux de GATCH et GREEN (*Annals of Surgery*, 1928) et ZUELZER (*Deutsch. Ztschr.*, 1898), et surtout dans l'étude communiquée à la Société de Chirurgie de Paris, le 29 décembre 1928 par notre Maître, M. le Docteur CHASTENET DE GÉRY. Qu'il nous soit permis ici de le remercier pour tous les conseils qu'il nous a prodigués, et pour la très intéressante observation qu'il a bien voulu nous fournir : très complète, elle servira de base à notre étude clinique.

♦ ♦

L'hygroma chronique simple du psoas iliaque fera donc l'objet de notre thèse inaugurale. Nous nous proposons d'envisager cette affection sous tous ses aspects. En particulier, nous essaierons d'apporter quelques éclaircissements étiologiques et pathogéniques, tirés de l'anatomie pathologique et des faits cliniques,

Notre effort principal portera sur l'histoire clinique, que nous décrirons aussi complète, aussi fidèle, aussi claire qu'il sera possible, et telle qu'elle ressortira d'une trentaine d'observations.

Enfin, nous aurons la satisfaction de pouvoir exposer avec détails un traitement idéal : la cure radicale de l'hygroma.

Nous nous résumerons alors en quelques conclusions synthétiques, que nous tâcherons étudiées, précises, substantielles.

Notions anatomiques

Quelques données anatomiques nous paraissent utiles, car elles expliqueront singulièrement la symptomatologie de l'hygroma de la bourse du psoas.

Les fibres musculaires du psoas iliaque reposent en arrière sur les os et les ligaments antérieurs de l'articulation de la hanche. Elles s'appuient et glissent sur ce plan résistant par l'intermédiaire d'une volumineuse bourse séreuse, qu'on appelle quelquefois bourse sous-iliaque.

DESCRIPTION

Situation. — Lorsqu'on sectionne le psoas iliaque au niveau de l'arcade de Fallope, et qu'on récline en bas sa portion tendineuse, on voit que la bourse séreuse s'étend en largeur sur l'os coxal depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'à l'éminence ilio-pectinée (gouttière de passage du muscle psoas iliaque). Verticalement, elle monte depuis le petit trochanter (1) jusqu'au bord antérieur de l'os innominé (Fig. 1).

(1) DURVILLE signale une seconde bourse séreuse, petite, située à l'insertion du psoas sur le petit trochanter, et sans intérêt pathologique. C'est elle, sans doute, que GATCH et GREEN signalèrent avoir rencontrée au cours de leur intervention. Selon eux, elle avait dû communiquer autrefois avec la grande bourse du psoas.

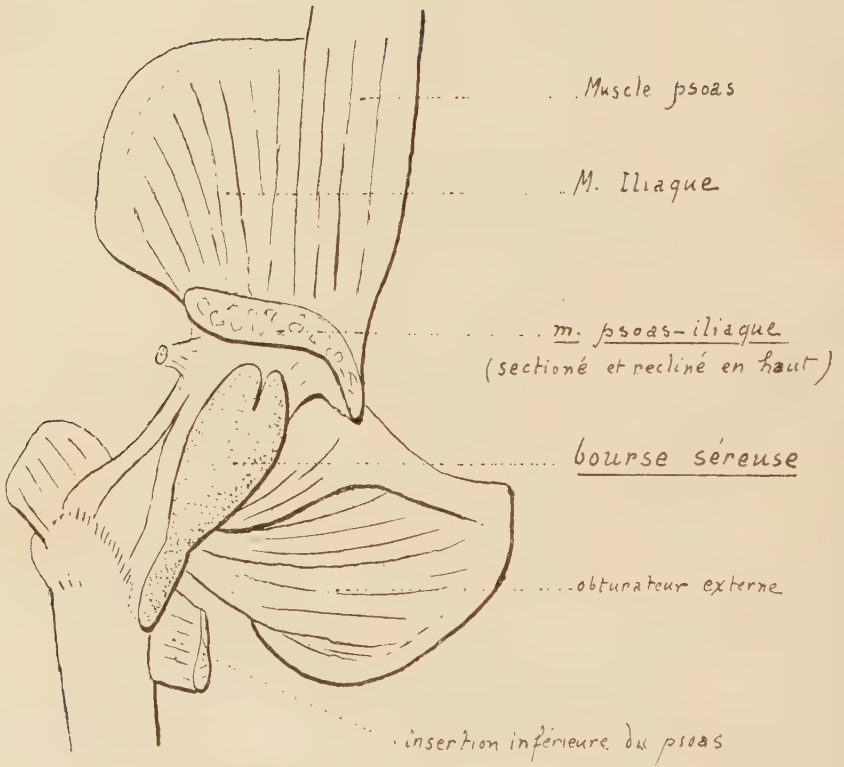


FIG. 1

Bourse séreuse du psoas iliaque

(Schéma d'après POIRIER et ROUVIÈRE).

Forme. — Injectée, elle est ovoïde ; son grand axe est parallèle au bord interne du tendon du psoas, légèrement oblique en bas et en dedans.

Volume. — Tendue, elle atteint la grosseur d'un œuf de poule : 6 × 3 cm. environ. Elle serait la plus grande bourse séreuse normale du corps (GATCH et GREEN).

RAPPORTS

a) *La paroi antérieure* est comme soudée au psoas iliaque et à son aponévrose, le fascia iliaca. Aucune couche adipeuse ne l'en sépare. Et lorsque la bourse est très injectée, le tendon du psoas est saillant dans la cavité. D'ores et déjà, on comprend :

1° Que des opérateurs aient avoué avoir en quelque mal à détacher le kyste séreux de son muscle (obs. xxv, xxvi, xxviii, xxx).

2° Qu'un épanchement abondant tendra à refouler le muscle en avant, étant donné le plan osseux résistant qui se trouve en arrière (obs. iv, x, xxvi).

3° Que la suppuration d'un hygroma amènerait facilement l'inflammation et même la dégénérescence des fibres musculaires.

b) *La paroi postérieure* repose sur le bord antérieur de l'os iliaque et la partie antérieure de l'articulation de la hanche (ligament de Bertin).

Or, entre le bord interne, saillant du ligament de Bertin

(faisceau ilio-prétrochantinien) et le ligament pubo-fémoral en bas, se trouve un espace triangulaire où la capsule articulaire est mince (Fig. 2).

Relativement à cette particularité, deux faits sont à noter :

1° Chaque fois qu'une communication existe entre la bourse séreuse et la synoviale de l'articulation, c'est au niveau de cette zone de moindre résistance.

2° Même sans cette communication, grâce à cette mince cloison, les affections de la bourse séreuse et de l'articulation peuvent retentir l'une sur l'autre.

c) *Le bord externe* s'arrête sous les fibres charnues à environ deux travers de doigts du bord externe du grand trochanter.

d) *Le bord interne* présente au contraire, lorsque la bourse est distendue, avec le nerf crural et les vaisseaux fémoraux des rapports dont on devine l'importance et sur lesquels nous voulons insister (Fig. 3),

1° *Le nerf crural*, qui descend dans le sillon creusé entre les muscles psoas et iliaque, inclu dans la gaine du psoas, perfore le fascia iliaca au-dessus de l'arcade crurale. Au-dessous de celle-ci apparaissent ses quatre branches de division : les musculo-cutanés externe et interne, le nerf du quadriceps et le nerf saphène interne. Or, ce dernier quitte la direction du psoas pour descendre en bas et en dedans, croisant le bord interne du muscle et se mettant ainsi en rapport intime avec la paroi correspondante de la bourse séreuse distendue (DUR-

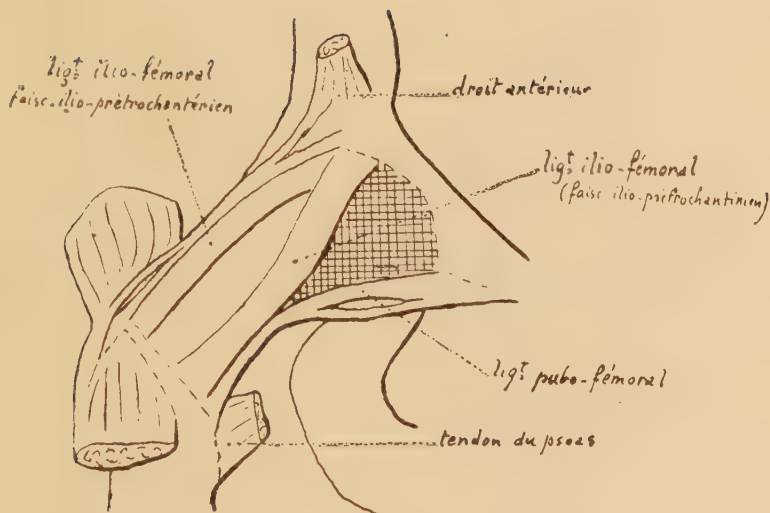


FIG. 2

Schéma de la partie antérieure de l'articulation coxo-fémorale

(d'après ROUVIÈRE)

On remarquera entre le ligament pubo-fémoral et le faisceau ilio-pré-trochantinien du ligament ilio-fémoral une zone capsulaire de moindre résistance (zone hachurée). C'est à cet endroit que la bourse séreuse du psoas communique parfois avec la cavité articulaire.

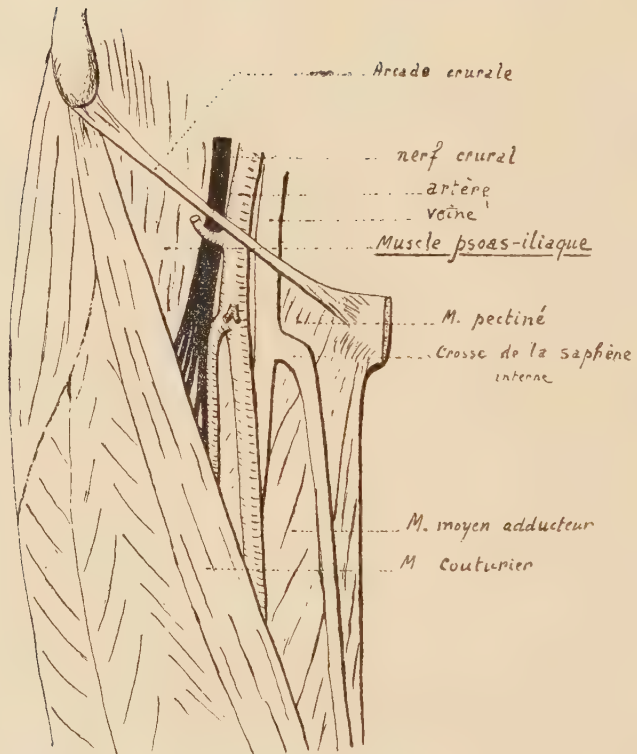


FIG. 3

Schéma montrant le psaos-iliaque, les vaisseaux fémoraux, et le nerf crural dans le triangle de Scarpa.

(D'après GRÉGOIRE et OBERLIN, in *Précis d'Anatomie*, t. I, page 247).

VILLE); il atteint alors la partie externe de la gaine des vaisseaux fémoraux.

Dès lors, on s'explique les troubles nerveux signalés dans les observations et tout au moins les phénomènes douloureux (l'abolition du réflexe rotulien est sans doute plus délicate à saisir).

2° *L'artère et la veine fémorales* passent dans le triangle de Scarpa, au-devant du muscle pectiné, en suivant le bord interne du psoas, séparées de celui-ci par le seul fascia iliaca.

Aussi une bourse séreuse enflammée s'appuiera sur les vaisseaux fémoraux, qu'elle tendra à refouler en dedans et en avant (obs. III, V, X, XII, XIII, etc...).

e) *L'extrémité supérieure* de la bourse est régulièrement convexe, limitée seulement par un tissu cellulaire lâche. Toutefois DURVILLE admet qu'elle ne s'étend jamais normalement vers la fosse iliaque interne, au-dessus de l'arcade crurale. Pour LUND, au contraire, cette ascension au-delà de l'arcade est usuelle.

De toute façon, on comprend aisément que plusieurs chirurgiens aient signalé la présence du sommet de la tumeur dans la fosse iliaque (obs. III, V, X, XI, XII, etc...). Dans le cas de CULLEN, même (obs. XXII) la tumeur de la fosse iliaque était la principale (8 × 10 cm.).

f) *L'extrémité inférieure* se termine en s'aminçissant vers le petit trochanter. Elle est limitée en dedans par un tissu cellulaire lâche, et quand elle est enflammée, elle pousse parfois

un diverticule qui passe sur la face antérieure du muscle obturateur externe, vers le trou ovale.

Très distendue, elle peut même s'insinuer par l'interstice cellulaire qui sépare le muscle carré crural du grand adducteur, et de là, directement dans le tissu cellulaire de la région postérieure de la fesse (obs. XII), où apparaîtra une tumeur diverticulaire semblable à un abcès. C'est ainsi que dans le cas exceptionnel de ROSE (2) une première incision fut faite sur le bord inférieur du grand fessier, et il s'agissait d'un hygroma — purulent — du psoas ! SCHAEFFER signale de même dans son observation une seconde tumeur postérieure, fessière (obs. VIII).

Particularités. — Développement.

Communication avec l'articulation de la hanche

1. — La bourse séreuse du psoas iliaque n'existe pas chez le nouveau-né; elle se développe avec l'âge sous l'influence des glissements. Elle paraît constante à partir de la dixième année (DURVILLE).

2. — « Cette longue séreuse est assez fréquemment cloisonnée dans sa longueur, au niveau du cul-de-sac supérieur, disposition qui répond au dédoublement du tendon (du psoas iliaque); elle présente aussi parfois un cloisonnement transversal un peu au-dessus du petit trochanter (3); ces cloison-

(2) ROSE : *The Lancet*, 5 avril 1873.

(3) D'où l'origine sans doute de la petite bourse séreuse mentionnée par DURVILLE, tout en bas du tendon du psoas.

nements indiquent que cette longue séreuse résulte de la fusion de trois ou quatre séreuses primitivement isolées. Cette grande séreuse communique parfois avec la synoviale articulaire coxo-fémorale » (4).

3. — Les auteurs ne sont pas toujours d'accord au sujet de la *communication* de la bourse séreuse avec l'articulation. Néanmoins, les points suivants semblent acquis :

a) La communication n'existe pas chez le fœtus.

b) Rare chez l'enfant, elle devient d'autant plus fréquente qu'on la recherche chez des sujets plus âgés (DURVILLE).

c) Quand elle existe, l'orifice est situé sur la capsule articulaire, dans l'intervalle compris entre le ligament pubo-fémoral et le faisceau ilio-prétrochantinien du ligament ilio-fémoral (5). Fig. 2.

En tout cas, cette plage capsulaire mince explique la possibilité d'une influence réciproque des inflammations de la cavité articulaire et de la bourse séreuse. Ainsi, l'envahissement secondaire de cette dernière par une arthrite tuberculeuse n'étonnera pas. Reconnaissons toutefois qu'il est bien exceptionnel, en revanche, qu'un hygroma primitif de la bourse du psoas amène une arthrite.

(4) POIRIER et ROUVIÈRE : Traité d'Anatomie, t. II, fasc. I, p. 317.

(5) LUSCHKA : Anatomie der Glüder, p. 270. ROUVIÈRE : Traité d'Anatomie, p. 286.

Définition – Fréquence – Historique

La bourse séreuse du psoas peut s'enflammer de façon aiguë ou chronique et son contenu peut varier suivant les cas.

En se référant aux observations citées, on distingue ainsi :

1° L'HYGROMA AIGU, purulent (cas de LUSCHKA in EHRLE (1) et de ROSE (2)).

2° L'HYGROMA CHRONIQUE, qui comprend :

a) *L'hygroma syphilitique*, dont l'existence admise par GATCH et GREEN, n'a jamais été établie avec évidence pour la bourse du psoas.

b) *L'hygroma tuberculeux à forme caséeuse* [cas de FRICKE (3), de VOLKMANN (4)]. Il accompagne une coxalgie et apparaît plutôt comme un épiphénomène curieux dont l'importance est secondaire.

c) *L'hygroma tuberculeux à grains riziformes* [cas de SCHWARTZ (5)], qui se présente comme une forme tubercu-

(1) EHRLE : *Wurtemberg medicinische Correspondantblatt*, octobre 1868, t. 38, n° 34, p. 275.

(2) ROSE : *The Lancet*, 5 avril 1873.

(3) FRICKE : *Journal der Chirurgie und Augeneilkunde*, 1834, t. 21, p. 235.

(4) VOLKMANN : *Kranheiten der Gelenktorganen*, t. II, p. 822.

(5) in thèse DURVILLE, Paris, 1895, obs. XVII : hygroma tuberculeux de la bourse du psoas, coxalgie secondaire.

leuse atténuée et sert de transition entre l'hygroma caséeux et l'hygroma chronique simple.

d) *L'hygroma chronique simple*, dont le contenu visqueux, synovial est analogue à celui des kystes du creux poplité, et que nous nous proposons d'étudier. C'est aussi le *kyste séreux* de plusieurs auteurs.

Il est certain que les hygromas de la bourse séreuse du psoas sont exceptionnels. Et rares sont les chirurgiens qui, comme notre Maître, M. le Docteur CHASTENET DE GÉRY, eurent l'occasion d'en rencontrer plusieurs, même au cours d'une longue pratique hospitalière (6). Aussi, en est-il à peine fait mention dans les ouvrages classiques (7). Par ailleurs, les auteurs se bornent à rapporter leur observation à titre de curiosité; celle-ci est plus ou moins complète et généralement sans commentaires. Aussi notre travail ne saurait être qu'un modeste essai de mise au point, rendu laborieux et sans doute incomplet par la pénurie même et la sécheresse de la littérature médicale sur ce sujet.



Le premier cas appartient à VELPEAU et a été rapporté par JOLY dans sa thèse, en 1847.

Avec la thèse de DURVILLE (Paris, 1895) apparaît une première et excellente monographie, consciencieuse et à peu

(6) ARROU : Au cours d'une longue pratique, j'ai observé en tout et pour tout, un cas d'hygroma du psoas (A la Société Nationale de Chirurgie, 29 décembre 1928).

(7) *Précis de Pathologie Chirurgicale*, 5^e édition, t. I, LECÈNE, p. 479.

près complète de tous les hygromas du psoas, aigus ou chroniques; les publications ultérieures n'y ajouteront, en vérité, que bien peu de chose.

Quelques années plus tard, en 1898, ZUELZER publia, dans le *Deutsche Zeitschrift. f. Chirurg.*, un article très intéressant, qui est la seconde étude importante des hygromas du psoas.

Par la suite, deux cas furent communiqués à la Société de Chirurgie de Paris : un par M. Pierre DELBET, en 1902, un second par M. AUVRAY, en 1919.

En 1925, GATCH et GREEN recherchèrent tous les cas publiés jusqu'à cette époque et rédigèrent à ce sujet un article capital dans les *Annals of Surgery*, July, 1925.

C'est le 29 décembre 1928, que fut présentée à la Société de Chirurgie l'excellente observation clinique de M. CHASTENET DE GÉRY, suivie d'un exposé général très étudié, concis, mais complet de la question des hygromas du psoas. C'est assez dire la valeur que nous attachons à cette double communication que de rappeler qu'elle constitue le noyau de notre étude.

Enfin trois observations sont assez récentes : celle de MM. ARROU (en décembre 1928), SORREL (en juin 1929) et PHÉLIP (en juin 1930), ces deux dernières étant particulièrement intéressantes au point de vue étiologique et pathogénique.

Tels sont nos documents : 30 observations, dont au moins deux ou trois sont bien vagues ou même douteuses quant au diagnostic (obs. VI, obs. VII). Nos recherches ont établi que *les trois quarts des hygromas du psoas sont chroniques simples*. (Ainsi GATCH et GREEN avaient réuni 24 kystes séreux sur un total de 33 hygromas du psoas). Ce sont donc relativement les plus fréquents. Ce sont aussi les plus intéressants au point de vue clinique, car leur symptomatologie est pure. Elle n'est pas embrouillée et dominée comme dans les cas d'hygromas tuberculeux, par une arthrite ou une ostéite concomitante.

C'est convaincu du caractère bien particulier et bien défini de cette symptomatologie que nous allons essayer d'esquisser l'histoire clinique de l'hygroma chronique simple du psoas iliaque et que nous en préciserons la thérapeutique.

Reste à nous excuser si nous restons forcément incomplet, malgré notre désir et nos efforts, étant donné surtout les imprécisions actuelles de l'étiologie et de la pathogénie d'une affection évidemment bien rare et encore si peu connue.

Anatomie Pathologique

Beaucoup d'observations sont incomplètes en ce qui concerne les renseignements anatomo-pathologiques. Deux autopsies seulement furent pratiquées (obs. III, XII). De plus, bien des malades ne sont pas opérés. Ce sont surtout les interventions récentes, avec ablation plus ou moins complète du kyste séreux et examens histologiques consécutifs, qui nous apportent les précisions les plus importantes.

EXAMEN MACROSCOPIQUE

1. — *Le volume* du kyste séreux du psoas est *variable*. Il peut être simplement de la grosseur (quasi normale) d'un œuf de poule (obs. II, IV, X, XVIII, XXV, XXVIII), ou d'un poing (obs. XXVI), ou même atteindre et dépasser les dimensions d'une tête de nouveau-né (obs. VIII, XVII, XXI).

2. — Il en est de même de sa *forme*, généralement ovoïde à contours arrondis et à grand axe vertical (obs. IV, VIII, XI, XXVI), mais qui peut être aussi losangique (obs. XII), et à grand diamètre horizontal (obs. XII, XXV). Dans certains cas, elle est plus irrégulière encore : dans l'obs. XXII, elle est en bissac,

bridée par l'arcade crurale, la tumeur principale, de 8 × 10 cm. siégeant dans la fosse iliaque interne.

3. — D'ailleurs, l'extrémité supérieure dépasse souvent plus ou moins l'arcade de Fallope (obs. III, V, X, XI, XII..., XXVI, etc...). Nous avons également signalé déjà de véritables diverticules partis de l'extrémité inférieure du kyste, vers l'obturateur externe, ou même vers la région fessière en contournant le fémur (obs. VIII, XII). En somme, la bourse séreuse distendue se déforme et bombe là où la résistance est moindre (tissu cellulaire lâche) : vers la fosse iliaque interne, en haut, et par en bas, vers le trou ovale et même la fesse. Ainsi varie la *topographie* du kyste séreux du psoas. Le tendon du muscle lui-même peut faire saillie dans la bourse, qui l'enveloppe alors complètement (obs. VIII).

4. — *Sa consistance* n'est pas toujours la même dans les conditions anatomo-pathologiques, et dans les conditions cliniques.

Nous en reparlerons dans l'étude des symptômes cliniques, car elle constitue évidemment un élément important pour le diagnostic. Disons simplement ici que lorsque la poche kystique a été mise à nu par l'autopsie ou l'intervention, elle est nettement fluctuante (obs. XXVI).

5. — Un autre caractère bien spécial, mais évidemment inconstant, c'est la *réductibilité* partielle de la tumeur. Par pression, le liquide passe dans un diverticule ou dans la ca-

tivité articulaire, lorsqu'il existe un orifice de communication (obs. v, xxi).

6. — La pression peut également donner une *crépitation* particulière. Dans ce cas, l'hygroma contient des corps étrangers cartilagineux, glissant les uns sur les autres (obs. v, xxvii).

7. L'existence d'une *communication avec l'articulation* est certainement plus fréquente qu'on ne croit, car sur 16 malades opérés, 8 avaient un orifice articulaire. En tout cas, elle paraît nettement moins exceptionnelle que chez les sujets normaux. Elle admet d'ordinaire un à deux doigts (obs. viii, xi, xxvi). Dans l'observation de SORREL (obs. xxix), « la poche, très épaisse, se continuait sans aucun rétrécissement avec la poche articulaire ». Nous avons déjà indiqué que l'orifice de communication siège sur le bord interne du ligament de Bertin, là où la capsule articulaire est mince. Nous croyons que lorsqu'il existe une arthrite (tuberculeuse ou rhumatismale), la capsule articulaire enflammée amorce une *péri-arthrite* et crée tout naturellement une *soudure* avec la paroi sus-jacente de la bourse séreuse. L'hydropisie articulaire aidant, la capsule coxo-fémorale bombe et cède là où elle est faible, sur le bord interne du ligament ilio-prétrochantinien. Ainsi expliquons-nous, la fréquence des communications de l'articulation de la hanche avec les hygromas du psoas : ces derniers seraient ainsi, souvent secondaires à des arthrites (1).

(1) L'observation xxix semble démonstrative à ce sujet.

Le processus inverse paraît évidemment moins vraisemblable, mais possible.

Ce qui est remarquable, pourtant, c'est le *contraste* révélé par l'intervention *entre les lésions de la bourse séreuse et l'intégrité apparente de l'articulation* (CHASTENET DE GÉRY). Ce fait est fort heureux, car il autorise une guérison complète après la cure radicale de l'hygroma.

8. — *La paroi* ressemble à celle de tout hygroma banal. Parfois elle est mince, s'affaissant sur elle-même à l'incision (obs. XI). Plus souvent elle est épaisse (obs. XXIX), presque dure et comme lardacée (obs. VIII). Extérieurement, elle est d'aspect gris-bleu, brillant. Intérieurement, elle est blanchâtre, unie, mais présente quelquefois des travées conjonctives (obs. XI) et comme de petites végétations (obs. VIII).

Souvent, elle adhère fortement au psoas et à l'articulation (obs. XXVIII, XXX).

9. — *Le contenu* du kyste séreux comprend :

a) un liquide analogue à de la synovie :

α) Habituellement clair, visqueux, filant, jaunâtre comme de l'ambre, très riche en albumine.

β) Quelquefois hémorragique (obs. XXVI et XXIX).

γ) Ou même épais comme de la gelée de pomme (obs. XXV).

b) Parfois des corps étrangers :

α) Soit des productions polyédriques cartilagineuses (obs. XIX, XX, XXII, XXVII).

β) Soit un véritable ostéophyte (obs. XXIX).

EXAMEN MICROSCOPIQUE (FIG. 4) (2)

Des quelques examens histologiques pratiqués, il ressort que la *paroi kystique est formée de tissu fibreux dense* (obs. VIII, XXVI et Fig. 4), qui présente dans quelques cas des plages cartilagineuses (obs. XXII) ou inflammatoires (obs. XXV). Dans un cas (obs. XXX) des lésions de péri-artérite spécifique furent décelées, de même qu'une cellule géante, d'ailleurs douteuse.

Une double déduction s'impose :

1° La présence des noyaux cartilagineux et osseux sur la paroi de la bourse séreuse indique le *mode de formation des corps étrangers* : ces noyaux proéminent dans la cavité kystique, comme de petites végétations (obs. VIII) ; les frottements les cassent et les font tomber dans le liquide où leurs contours s'émoussent et où ils donnent de la crépitation. Les grains riziformes ne se constituent pas autrement, d'ailleurs.

2° L'existence dans cette même paroi d'aires inflammatoires, de vascularite spécifique, de cellule géante (?) rend bien séduisante l'idée d'une *localisation à la bourse sous-iliaque* contusionnée par un trauma ou les frottements exagérés,

(2) Nous tenons à remercier ici notre ami, le Docteur PERROT, de l'Institut du Cancer, à Ville juif, pour l'empressement avec lequel il nous fournit, avec ses conseils autorisés le document microphotographique que nous reproduisons. Il nous a procuré l'occasion d'admirer une fois de plus l'ordre parfait d'une organisation merveilleuse.

l'une infection générale, telle que rhumatisme, syphilis, tuberculose. C'est pourquoi nous avons essayé de développer et d'étayer cette idée au chapitre de l'étiologie et de la pathogénie.



FIG. 4

Microphotographie de la paroi d'un hygroma chronique simple du psoas (due à l'obligeance de M. le Docteur PERROT, du Centre Anti-Cancéreux de la Banlieue parisienne à Villejuif. — Obs. xxvi)

- A. — On voit à cet endroit quelques rares cellules endothéliales.
- B. — Tunique interne.
- C. — Tunique externe.
- D. — Tissu environnant auquel adhérât la bourse séreuse.

Etiologie Pathogénie

Nous abordons un chapitre bien obscur, mais que nous voudrions tenter d'éclaircir.

Remarquons tout de suite que nos observations concernent presque toutes des hommes adultes, fortement charpentés, et présentant une tare générale, une diathèse.

1. — *Sexe*. — Et d'abord, sur 30 malades, 26 sont des hommes. Quatre seulement concernent des femmes (obs. v, XXI, XXV et XXVII).

2. — *Age*. — Femmes et hommes, tous ont plus de 30 ans. Les enfants ne sont pas atteints : nous savons d'ailleurs que leur bourse séreuse ne se forme guère avant la dixième année. Le malade de COUTEAUD a 31 ans (obs. XVIII). Une dizaine ont de 50 à 60 ans. Le plus âgé a 70 ans (obs. III).

3. — *Profession*. — Quant à leur profession, elle n'est pas toujours indiquée. Nous relevons tout de même un journalier (obs. II), un tonnelier (obs. IV), deux charretiers (obs. X et XII), un maçon (obs. XXVIII). Tous ces malades exerçaient en somme un métier pénible exigeant des efforts musculaires constants. Il n'est pas jusqu'au sacristain de Sonneborn (obs. XIV) qui ne dût certainement peiné souvent, lors-

qu'il sonnait ses cloches. Même les rares intellectuels cités menaient une vie très active (obs. xxix et xxx).

4. — *Etat général.* — a) Aussi bien, tous nos malades étaient d'aspect vigoureux. Ce détail est mentionné formellement dans une dizaine d'observations (obs. I, II, IV, VIII, XI, XXVI, XXX). Il se devine dans plusieurs autres (obs. X, XII, XXVIII, XXIX). Tous ces hommes actifs étaient donc bien musclés. En particulier, ils devaient avoir un muscle psoas iliaque très développé et une bourse séreuse proportionnée au muscle et à son travail.

b) Peut-être même qu'une disposition anatomique spéciale venait ajouter ici son effet : proéminence anormale du bord antérieur de l'os iliaque et de l'articulation coxo-fémorale, qui augmenterait la réflexion du muscle déjà bien fort. Ce pouvait être surtout le cas du malade de SORREL (obs. XXIX), atteint d'une véritable arthropathie nerveuse du genre tabétique. Et alors l'importance accrue de l'appui du psoas iliaque sur son plan osseux accroîtrait parallèlement l'importance de la bourse séreuse interposée, et ses causes d'irritation. Ainsi s'expliquerait davantage l'inflammation de la bourse sous-iliaque, ou mieux, la localisation à cette séreuse irritée, *locus minoris resistentiae*, d'une affection d'ordre général.

c) Car un fait est frappant dans plusieurs de nos observations, contrastant avec l'allure vigoureux des sujets : ils paraissent souvent tarés. L'un a une hérédité et un passé tu-

berculeux net (obs. xxx). D'autres ont eu la syphilis (obs. xviii, xxix, xxx). Plus nombreux sont ceux qui ont souffert de rhumatisme (obs. v, ix, xiv, xxiv). D'ailleurs beaucoup de comptes rendus ne sont pas explicites à ce sujet. Ainsi dans l'observation xxv, il est question d'une femme maigre, d'aspect anémique, et chétive. Est-elle tuberculeuse ? On peut le penser. De même pour l'homme « émacié » de l'observation xxiv. Il faut reconnaître, du reste, qu'il n'est pas toujours commode de découvrir une affection générale torpide comme la tuberculose, la syphilis. Le malade que nous avons vu (obs. xxvi) ne semblait pas tuberculeux. Et son Wassermann était négatif. Cependant il avait eu une sciatique, il présentait une hypertension sanguine modérée, et il avait fait une hémorragie rétinienne à l'œil droit. Syphilis ? Artério-sclérose ?

Pour nous résumer, nous dirons donc qu'il n'est pas douteux, à notre avis, que la plupart des malades examinés étaient atteints d'une affection générale, d'une diathèse, qui portait volontiers son action sur une bourse séreuse volumineuse, irritée, voir traumatisée.

5. — *Traumatisme.* — a) Quand nous parlons de traumatisme, nous n'avons pas surtout en vue l'action irritante des contractions plus ou moins violentes du psoas sur son plan de réflexion osseuse (et dont nous avons déjà parlé). Cette blessure modérée de la bourse du psoas par les efforts d'un journalier, d'un charretier, d'un sonneur de cloches est cependant rendue importante par sa répétition et sa continuité.

b) Mais, pense-t-on, autrement propice doit être le trauma direct, accidentel : chute, coup, fracture de l'extrémité supérieure du fémur. Et, de fait, il est noté dans les antécédents de beaucoup d'hygromas du psoas (obs. VIII, XIII, XV, XIX, XXVI, XXIX). Nous nous contenterons de signaler le cas typique de l'observation XXVI : « le malade raconte qu'à l'âge de dix ans, un chariot lui a passé sur la racine de la cuisse droite et que cet accident lui avait laissé une petite tumeur indolore dans l'aîne correspondante ».

Il est même possible que le traumatisme suffise seul dans bien des cas à créer l'hygroma, lequel est alors nettement *primitif*.

Remarquons d'ailleurs que jusqu'ici nos réflexions nous ont avant tout conduit à l'hygroma primitif. Envisageons donc enfin l'hygroma secondaire dont l'existence semble indéniable.

6. — *Hygroma chronique simple secondaire*. — Dans le cas de NATALIS GUILLOT (obs. III), le malade souffrait depuis plus de vingt ans d'une arthrite sèche coxo-fémorale. L'autopsie révéla un orifice de *communication* de la cavité articulaire avec le kyste séreux du psoas. Il est bien logique d'admettre que l'hygroma est né de l'arthrite.

De même la malade de HEINEKE (obs. V) avait eu d'abord une arthrite rhumatismale. L'hygroma constaté par la

suite *communiquait* avec l'articulation. Il en fut probablement ainsi également dans l'observation XXIV (1).

Pour terminer, citons le cas singulier de SORREL (obs. XXIX) : « Il s'agissait, en somme, d'une fracture d'un gros ostéophyte développé au cours d'une arthropathie nerveuse. Cette fracture avait déterminé un hématome intra-articulaire ; la capsule, déjà fortement distendue par suite des déformations des surfaces articulaires communiquait de façon complète avec la bourse du psoas... ; de temps à autre, le corps étranger libre dans l'articulation venait se coincer légèrement et déterminait une douleur d'ailleurs assez confuse »...



Si nous nous résumons, nous observons que l'hygroma chronique simple du psoas peut être primitif, ou secondaire.

Primitif, il peut être provoqué uniquement par un *trauma* direct ; mais il résulte surtout de la *localisation d'une affection générale diathésique* à la faveur d'une irritation ou d'un *traumatisme local*.

Secondaire, il est consécutif à une arthropathie (rhumatismale, ou nerveuse par exemple), *grâce à une communication* de la cavité articulaire coxo-fémorale avec la bourse séreuse sous-iliaque.

(1) Nous rappelons qu'au chapitre anatomo-pathologique, nous avons tenté d'exposer le processus de communication.

Symptomatologie

Il suffit de parcourir les observations pour se convaincre rapidement d'une réelle uniformité dans les symptômes de l'hygroma chronique simple du psoas iliaque. La schématisation du tableau clinique que nous voulons décrire en sera d'autant facilitée.

Il s'agit, en général, d'un homme d'âge mûr, d'aspect vigoureux, actif. Il n'est pas rare qu'il ait souffert de rhumatisme; sinon il avoue une syphilis ancienne, ou quelques antécédents tuberculeux; ou bien un examen méthodique révélera de l'hypertension, de l'artério-sclérose.

Il est des cas où cet homme a eu un accident ayant traumatisé une hanche; puis, tout étant rentrée dans l'ordre, ou stabilisé (boiterie définitive), il n'y pense plus.

DÉBUT :

Pourtant, chez cet homme, un hygroma du psoas apparaît, s'installe et progresse *insidieusement* : après quelques années de rhumatisme (obs. v), un an, dix ans, vingt ans après un traumatisme (obs. VIII, XIII, XIX), il sent dans son

membre quelques vagues douleurs, intermittentes, irrégulières, alternant quelquefois avec des douleurs lombaires (obs. II et XXV). Il s'étonne en outre d'une certaine gêne dans les mouvements de la hanche. Il ne sait à quoi attribuer ces troubles, et son médecin non plus. Cet état dure, progressant comme par poussées légères alternant avec des périodes calmes. Enfin, après plusieurs mois, plusieurs années (13 ans dans l'obs. IV), ses maux s'exagèrent; son attention se porte davantage sur sa hanche décidément malade, et c'est alors qu'il se découvre une tumeur à l'aîne.

C'est à ce moment, plus souvent encore, sans doute, après quelques mois d'attente, qu'il vient montrer sa grosseur et conte ses ennuis : l'hygroma est maintenant constitué.

PÉRIODE D'ÉTAT

Aux *signes fonctionnels* qui seuls existaient au début, bien vagues il est vrai, mais qui sont maintenant plus précis, s'ajoutent désormais toute une série de *signes physiques* relevant de la *tumeur* apparue.

I. — SIGNES FONCTIONNELS (*subjectifs*).

Ils sont au nombre de trois, font rarement défaut et sont même assez marqués. Ce sont : la douleur, la pesanteur du membre et l'impotence fonctionnelle relative,

1° *Douleur* :

a) Les douleurs ont leur *siège* principal à la racine de la cuisse (obs. xxviii), au-dessous de l'arcade crurale, immédiatement en dehors des vaisseaux. De là, elles irradient souvent : à la partie interne de la cuisse (obs. iv, viii, x), au genou surtout [obs. iv, viii, ix, xi, xiii, xxiii; fait curieux même : dans l'obs. xi, les douleurs se manifestaient exclusivement au genou], dans la hanche (obs. xxi, xxv) et plus en arrière, dans la fesse (obs. xxi, xxvi), ou le dos (obs. xxv).

b) Elles sont d'*intensité* variable. Tantôt vives (obs. iv, xiii, xviii, xxiv), tantôt insignifiantes (obs. xi, xii, xxviii), elles sont souvent modérées et très supportables; quelquefois, mais rarement, elles manquent tout à fait (obs. vi, vii et xvi).

c) En règle générale, elles sont *passagères*, « disparaissent et se reproduisent à des intervalles irréguliers (obs. ii, xxv). Elles affectent parfois l'allure de crampes (obs. xxi). Mais elles « augmentent graduellement (obs. xxiii), jusqu'à rendre, dans certains cas la marche ou le travail impossibles (obs. ii, ix, xi, xiv). Dans l'observation de HEINEKE, la malade dût s'aliter (obs. v). Il est à noter en effet que la marche ou simplement la station debout provoquent ou exagèrent nettement les douleurs, alors que le repos les atténue ou les fait disparaître.

Ces phénomènes douloureux peuvent s'expliquer par la

présence du kyste séreux du psoas, qui s'appuie intimement sur les fibres du nerf crural, à la fois moteur et sensitif. Les fibres sensitives et notamment celles du rameau saphène interne, ainsi irritées il se produit de l'hyperesthésie, des fourmillements, enfin de véritables douleurs (DURVILLE). Et PRENGRUEBER les décrira comme des « névralgies suivant le trajet du nerf crural » (obs. x).

2° *Pesanteur du membre.*

Plus encore que de douleurs, certains malades se plaignent plutôt d'une véritable lourdeur de leur membre (obs. xxiv), qui est comme engourdi et leur donne « une sensation de faiblesse » (obs. v, xi, xxv). Ils ont l'impression que leur jambe ne peut pas les porter, ou qu'ils ne peuvent la soulever.

Cette sensation de pesanteur du membre est suceptible de plusieurs explications combinées :

a) Les fibres motrices du nerf crural sont comprimées et irritées par la tumeur aussi bien que les fibres sensitives ;

b) L'atrophie musculaire consécutive est souvent remarquable (obs. viii, xi).

c) Enfin, on peut croire qu'une certaine compression de la veine fémorale produirait, avec le ralentissement de la circulation de retour, de l'engourdissement, et des fourmillements dans le membre (DURVILLE).

3^o IMPOTENCE RELATIVE DU MEMBRE.

Plus fréquente et plus positive que la pesanteur, l'impotence se manifeste dans la plupart des observations. Souvent, il s'agit d'une simple difficulté dans la marche (obs. VIII, x, XII, XVII). Dans l'observation xxx, c'est l'impossibilité pour le malade de se tenir complètement allongé. Quelquefois pourtant, les mouvements sont complètement libres (obs. XIII, XXVI). Masi il peut arriver aussi que le membre soit immobilisé (obs. IX, XXII, XXIV). CULLEN rapporte que son patient « maintenait sa jambe raide, et pendant la marche, la hanche était tenue aussi immobile que possible » (obs. XXII). De toutes façons, un travail continu était au moins interdit (obs. II, V, XI, etc...).

Cette gêne ou cette raideur s'explique par les douleurs, la pesanteur du membre, et la présence de la tumeur inguinale douloureuse qui limite les mouvements par son volume et son irritation. Tout travail du psoas, toute cause d'irritation de sa bourse séreuse augmente évidemment les souffrances et amène l'immobilisation de la hanche : ainsi, la station debout, la marche et surtout l'élévation du membre au-dessus du plan du lit, voire simplement l'extension de la cuisse dans la position couchée. On sait en effet que le psoas iliaque contribue, d'une part à la statique du corps, et d'autre part à la flexion et la rotation externe de la cuisse par rapport au bassin. Toute libération de la tension musculaire amènera la sédation relative des douleurs, d'où la position prise d'instinct par

les malades : repos du membre, cuisse fléchie, et en légère rotation externe (obs. VIII, XIII, XXI). Toute tentative contraignant ce repos et cette position est douloureuse. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce symptôme important au cours de l'examen objectif de la mobilité articulaire de la hanche.

II. — SIGNES PHYSIQUES (*objectifs*).

Les signes objectifs sont les plus importants, car ils permettent de reconnaître la tumeur, son siège exact, mais aussi l'intégrité réelle de l'articulation coxo-fémorale.

I. — *Examen de la tumeur.*

a) Quand elle est très développée, *l'inspection* permet de constater la tuméfaction de l'aîne, sous le ligament de Poupert, en dehors des vaisseaux fémoraux. L'aspect de la peau n'est pas modifié. Quelquefois, on note quelques varicosités superficielles. On peut remarquer à jour frisant les battements de l'artère.

b) Bien plus intéressante est *la palpation* : elle peut être décisive. Elle permet souvent en effet de repérer la tumeur, d'analyser sa forme, de la situer, en un mot de retrouver plus ou moins nettement la plupart des caractères anatomo-cliniques mentionnés au chapitre anatomo-pathologique. Ce sera l'occasion pour nous d'en rappeler un certain nombre assez facilement décelables.

a) *Le volume* de la tumeur est variable. Il peut être sim-

plement de la grosseur d'un œuf de poule (obs. II, IV, X, XVIII, XXV), ou du poing (obs. XXVI), ou même atteindre et dépasser les dimensions d'une tête de fœtus à terme (obs. VIII, XVII, XXI).

β) Il en est de même de sa *forme* généralement *ovoïde*, à contours arrondis et à grand axe vertical, suivant sensiblement la direction du psoas (obs. IV, VIII, XI, XXVI), mais qui peut être aussi losangique (obs. XII), et à grand diamètre horizontal (obs. XII, XXV). Dans certains cas, elle est plus irrégulière encore : dans l'observation XXII, elle est en bissac, bridée par l'arcade crurale, la tumeur principale siégeant dans la fosse iliaque interne.

γ) La détermination de sa *topographie* exacte en surface et en profondeur est un point délicat, mais important.

La plénitude de la partie externe du triangle de Scarpa peut s'étendre en dehors jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure et le bord antérieur du fascia lata. En dedans, elle refoule les vaisseaux fémoraux ; *on sent nettement les battements artériels vers le bord interne de la cuisse* ; cependant dans un cas, l'artère avait été déplacée seulement en avant, partageant la tumeur en deux parties égales (obs. III) ; avec un peu d'attention, on remarquera que la tumeur elle-même n'a pas de battements propres. En bas, elle descend jusqu'à plusieurs centimètres au-dessous de l'arcade crurale. En haut, le contour arrondi de son bord supérieur est fréquemment décelé au-dessus de l'arcade par les doigts qui palpent la fosse ilia-

que interne (obs. III, V, X, XI, XII...., XXVI etc...); le pli de l'aine peut se trouver effacé (obs. XXVI); il se peut même que la plus grosse partie du kyste occupe le bassin (obs. XII).

Nous ne parlerons pas ici des tumeurs diverticulaires de la fesse; leur place est mieux indiquée dans l'étude de la réductibilité, qui les fait paraître et révèle leur origine.

La peau est mobile au-dessus de la tumeur. Mais celle-ci est *solidement fixée aux plans profonds* (obs. XXV, XXVI). En faisant contracter le couturier, on voit qu'elle est placée sous ce muscle (obs. XII). Si l'on fléchit la cuisse sur le bassin, le psoas apparaît, refoulé en avant et nettement dessiné sous la peau (obs. IV, X). De plus, « le malade étant couché sur le dos, si l'on fait fléchir la cuisse, la tumeur paraît s'enfoncer, mais ne remonte pas; par contre, si l'on fait asseoir le malade, elle donne l'impression de s'abaisser un peu, en somme comme si elle était fixée au bassin plutôt qu'au fémur (CHASTENET DE GÉRY, obs. XXVI).

Ces différents signes feraient déjà penser à une tumeur de la région postérieure du psoas iliaque.

La détermination de la *consistance* de cette tumeur peut être d'un appoint considérable pour le diagnostic.

Cependant les observations donnent à ce sujet des renseignements qui paraissent plutôt contradictoires. Certains auteurs mentionnent une fluctuation souvent nette (obs. III, V, XII, XVI, XXIV). Dans l'observation XIV, il est parlé d'une fluctuation indécise (?). Cependant, plusieurs cliniciens s'accor-

dent pour affirmer « une consistance ferme », « une rénitence dure », une absence indiscutable de fluctuation (obs. II, X, XVII, XXV, XXVI, XXIX, XXX) et quelle que soit la position du membre. Nous devons nous résigner devant ces données autorisées. Comme l'explique notre Maître, M. le Docteur CHASTENET DE GÉRY : « Fréquemment cet hygroma a la fermeté et l'absence totale de fluctuation d'une tumeur solide. Cela tient pour une part à la tension du liquide kystique, à l'épaisseur des parois de la poche, mais plus encore, sans doute, à l'épaisseur des parties molles pré-tumorales, ainsi qu'à la tonicité des muscles soulevés ». En fait, dans certains cas, la tension du liquide dans la bourse séreuse est telle que, même quand le muscle est relâché (flexion de la cuisse) elle subsiste toujours assez considérable pour donner une réelle sensation de fermeté.

Heureusement, il n'en est pas toujours ainsi et bien des observateurs ont noté que la fluctuation apparaissait très nette dans le relâchement musculaire (obs. IV, VIII, XI). Il est donc indispensable de pratiquer la palpation dans deux conditions successives :

1° *La cuisse est en extension sur le bassin* : le psoas iliaque est tendu, appuie fortement sur le kyste qu'il bride verticalement et qui devient bilobé ; ses contours apparaissent irréguliers. La tumeur devient *dure, rénitente*.

2° *La cuisse est en flexion sur le bassin* : le muscle est relâché ; son tendon passe au devant du kyste, sous la peau

(obs. IV, X, XXVI), et l'artère fémorale est nettement sentie en dedans. La tumeur paraît alors lisse et régulière. Mais, surtout, la fluctuation est manifeste, surtout si on la recherche dans le sens transversal. Quand la poche bombe dans la fosse iliaque interne, il est intéressant de pratiquer le double palper abdominal et crural (LE DENTU-DAGRON) : pendant qu'une main déprime la tumeur crurale, l'autre main perçoit le reflux abdominal, et vice versa (obs. XII).

ε) Et ce fait nous amène à mentionner une particularité inconstante, mais fort intéressante, la *réductibilité partielle* : la main qui presse sur le kyste le sent fondre (obs. V, VIII, XVI). Dans le cas de SCHAEFFER (obs. VIII), une seconde tumeur apparaissait alors, postérieure, sous le bord inférieur du muscle grand fessier. La seule extension de la cuisse suffisait d'ailleurs à emplir et tendre ce diverticule postérieur semblable à un abcès de la fesse — en comprimant la tumeur principale sous le psoas, tout comme ferait la main. Ces deux kystes étaient réductibles tour à tour : ils communiquaient indubitablement. L'opération révéla un large orifice de la capsule coxo-fémorale : la cavité articulaire servait de lien entre les deux poches.

En somme, les faits anatomo-cliniques nous permettent d'avancer :

- 1° Que l'hygroma du psoas est parfois réductible ;
- 2° Que dans ce cas, le liquide kystique est refoulé dans un diverticule (latéral interne ou postérieur) apparent ou in-

soupçonné, e plus exceptionnellement dans la cavité articulaire de la hanche.

Toutefois, l'absence de réductibilité n'implique pas l'absence de communication avec l'articulation. Nous citons à ce point de vue l'observation xxvi, où la tumeur ne put jamais être réduite, malgré une large continuité articulaire.

6) Aussi inconstante est la *crépitation* ressentie par les doigts qui pressent la tumeur (obs. v, xi, xxvii). Elle correspond au froissement de simples franges pédonculées trouvées sur la paroi interne du sac kystique (obs. xi), ou mieux à la présence de corps étrangers cartilagineux intra-kystiques glissant les uns sur les autres. L'observation xxvii est catégorique à ce sujet (CHASTENET DE GÉRY).

La même réserve est à faire ici comme au paragraphe précédent l'absence de craquement n'implique pas l'absence de corps étrangers, comme en témoignent les observations xix, xx, xxii, xxix). En particulier, M. le Professeur P. DELBET est formel ; il ne sentit pas les corps étrangers avant l'opération, et il explique ce fait par la tension du liquide et l'épaisseur des muscles interposés (obs. xx).

i) Pour terminer, signalons que la palpation est tantôt *douloureuse* (obs. iii, xv, xix, xxix), tantôt indolore (obs. v, vii, xvi, xxvi, xxx).

c) La *percussion*, qui révèle la matité de la tuméfaction (obs. xxvi), l'*éclairage* du kyste par transparence (?), l'*exa-*

men radiographique de la poche elle-même ne paraissent devoir donner aucun renseignement probant. Nous les mentionnons pour mémoire.

2. — *Examen du membre et de l'articulation de la hanche.*

a) *Troubles circulatoires.* — On pourrait s'attendre à des troubles circulatoires marqués, par compression des vaisseaux fémoraux refoulés. Nous avons déjà exposé qu'un ralentissement de la circulation de retour pouvait motiver l'engourdissement et les fourmillements ressentis par certains malades (obs. v, xi, xxiv, xxv). Une seule observation mentionne « des troubles circulatoires évidents sous forme d'œdèmes diffus, de varices et de purpura » (KUMMER, in obs. xxiii). Dans tous les autres cas, ils furent absents.

b) *Troubles nerveux.* — Notre intention n'est pas de rappeler ici les phénomènes douloureux étudiés ailleurs. Nous voulons parler d'un symptôme intéressant, qui ne fut probablement pas recherché par les premiers observateurs, mais qui fut découvert par notre Maître, M. le Docteur CHASTENET DE GÉRY (obs. xxvi), et confirmé dans une seconde observation récente (SORREL, in obs. xxix) : il s'agit de la *diminution très nette du reflexe rotulien du côté malade* (obs. xxvi), ou de son abolition (obs. xxix). Le cas de SORREL, vu sa bilatéralité pourrait à la rigueur se rapporter à un tabès. Mais celui de l'observation xxvi paraît bien particulier. « Ce phénomène relève évidemment de la compression ou de l'étirement du nerf crural, déplacé par la tumeur. On sait que la première

manifestation du trouble mécanique apporté au fonctionnement d'un nerf moteur ou mixte, est l'atteinte de la réflectivité. Et ce qui est assez curieux, c'est, comme l'a fait remarquer LHERMITTE, que ce trouble de la réflectivité est habituellement définitif et ne disparaît pas quand le nerf a été replacé dans sa situation anatomique normale » (CHASTENET DE GÉRY).

Sans ériger ce symptôme en signe indiscutable d'hygroma du psoas, ou même plus généralement d'une tumeur volumineuse du triangle de Scarpa, nous le signalons, après notre Maître, à l'attention des cliniciens; et il serait souhaitable que sa présence ou son absence soit notée dans les observations futures.

c) *L'atrophie musculaire* du membre ou surtout de la cuisse malade est mentionnée expressément dans les observations VIII et XI; elle est niée dans l'observation XXVI. Enfin, la plupart des auteurs n'en parlent pas.

Elle peut s'expliquer par l'impotence relative du membre et la souffrance du nerf crural.

d) Nous avons antérieurement précisé *une attitude vicieuse du membre*, en flexion sur le bassin et légère rotation interne. Elle n'a pas manqué de frapper maints observateurs. C'est la position idéale pour relâcher le psoas iliaque et diminuer la tension douloureuse de la bourse sous-iliaque enflammée. Plusieurs malades l'ont adoptée d'instinct (obs. VIII, XIII, XXI). Et même pendant la marche, certains conservent

une raideur continuelle de la hanche (obs. xxii), offrant un minimum de douleur.

e) Mais *l'articulation de la hanche est intacte* : la légère limitation des mouvements n'est produite que par l'effet de la tuméfaction douloureuse (SPRENGEL, in obs. xi). C'est l'impression dominante qui reste à la lecture des observations. Quand l'hygroma est volumineux et douloureux, les mouvements qui augmentent sa tension (extension et rotation externe) sont douloureux, gênés et limités (obs. iv, viii, xi, xiii, xxi, xxx), surtout les mouvements actifs (obs. v). Quand l'hygroma est indolore, ou presque, « les mouvements sont possibles, et même faciles » (NATALIS GUILLOT, in obs. iii). Tel est le cas dans les obs. iii, xii, xviii, xxiii, xxv, xxvi. De toutes façons, les auteurs s'accordent pour reconnaître que l'articulation coxo-fémorale est intacte, malgré les apparences.

f) Ce résultat se trouve d'ailleurs corroboré par l'examen du squelette (vertèbres et hanche). Quand elle fut faite, la *radiographie* prouva *l'intégrité absolue du squelette osseux* (obs. xxiii, xxx). Dans l'observation xxvi, il existait seulement une légère inégalité du contour de la tête fémorale, qui parut sans importance. Seule l'observation xxix établit quelques lésions osseuses vertébrales et une arthropathie coxo-fémorale du type tabétique. Rappelons encore que le malade de NATALIS GUILLOT (obs. iii) présentait les lésions osseuses d'une arthrite sèche de la hanche. Mais ce sont là des excep-

tions qui n'infirmement nullement cette donnée générale : le squelette est intact.

III. — EXAMEN GÉNÉRAL.

Il n'offre ici rien de bien particulier. Précisons cependant qu'il doit s'attacher soigneusement à rechercher ou éliminer toute affection générale diathésique, telle que rhumatisme, tuberculose, syphilis, artério-sclérose.

Evolution - Complications - Pronostic

Après un début fort lent, l'hygroma chronique simple du psoas reste peu stationnaire. Il présente, en général, de longs intervalles de calme relatif procuré par le repos ou quelque traitement, alternant avec des poussées souvent douloureuses. Il s'accroît progressivement. Il pousse des diverticules internes ou fessiers, qui égarent le diagnostic. L'impotence fonctionnelle de la hanche augmente parallèlement, avec le volume de la tumeur, et la douleur.

L'hygroma n'a pas tendance à régresser. Il n'est cité aucun cas de rupture spontanée. Aucune mort non plus n'est signalée, d'ailleurs, du fait même de la bursite. Il est vrai que l'infection purulente secondaire est possible ; et elle est particulièrement à craindre pour l'articulation coxo-fémorale communiquant avec la poche séreuse. Nous mentionnons pour mémoire l'infection post-opératoire, comme dans le cas du malade si indocile de LE DENTU-DAGRON (obs. XII), où mort s'ensuivit. Ce fait doit être rarissime.

Il n'en reste pas moins que l'affection, si bénigne soit-elle

en elle-même, conduit pourtant à une pénible impotence, et peut laisser des troubles nerveux durables. Elle commande donc l'intervention sitôt diagnostiquée. Fort heureusement, l'opération chirurgicale, sans gravité, donne un résultat très satisfaisant, souvent complet et définitif.

Diagnostic

I. — DIAGNOSTIC POSITIF.

Le diagnostic de l'hygroma chronique simple du psoas devra se baser :

1° *Sur les antécédents* : diathèse, arthrite rhumatismale, traumatisme.

2° *Sur les troubles fonctionnels* : douleurs et impotence, apparus les premiers.

3° Avant tout, *sur l'aspect de la tumeur inguinale* ; son siège à la partie profonde du triangle de Scarpa, en dehors des vaisseaux fémoraux refoulés ; sa situation profonde, sous le psoas (RICHEL, PRENGRUEBER, CHASTENET DE GÉRY) ; sa consistance rénitente dans l'extension de la cuisse, mais fluctuante dans la flexion ; sa réductibilité partielle ; sur la possibilité de craquements.

4° Sur le contraste frappant entre l'impotence du membre et l'intégrité de l'articulation coxo-fémorale.

II. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Il est à faire avec toutes les tumeurs et arthropathies de la hanche :

1° Une *coxalgie* au début, présente des points douloureux électifs et des lésions osseuses ;

2° Une *hernie crurale* offre une réductibilité totale et durable, et de l'impulsion à la toux ;

3° Un *anévrisme fémoral* des battements propres ;

4° Une *adénite* est plus superficielle, moins bien fixée, rarement unique ;

5° Une *psorite* s'accompagne de signes aigus ; on ne sent pas une extrémité supérieure nette arrondie dans la fosse iliaque ;

6° Un *abcès froid ossifluent* n'a pas non plus d'extrémité supérieure précise au palper, et il s'accompagne de lésions osseuses, vertébrales ;

7° Un *kyse hydatique* est plus difficile à éliminer (réaction de Casoni, Weinberg) ;

8° Les *néoplasmes* (fibromes, fibro-sarcomes) constituent la plus importante cause d'erreurs, d'après nos observations. Pourtant, ils ne fluctuent pas, sont irréductibles, ne donnent pas de craquements ;

9° Enfin, il nous paraît beaucoup plus facile de distin-

(1) BRAILSFORD : Le diagnostic des maladies de la hanche, *in the British Medical Journal* (Londres), n° 3.717, 2 avril 1932.

guer l'hygroma chronique simple de la bursite purulente ou tuberculeuse, grâce aux antécédents, à la fièvre, aux lésions osseuses.

En tout cas, jusqu'ici, le diagnostic exact fut rarement posé après l'examen clinique (obs. II, II, V, X, XX, XXVII, XXX) : à peine dans un tiers des cas.

Nous espérons tout de même avoir donné l'impression nette qu'il était souvent possible, à condition évidemment d'y penser et de bien connaître l'affection. GATCH et GREEN le reconnaissent dans leur article : « À la lumière de nos connaissances actuelles, nous eussions certainement fait un diagnostic probable d'hygroma de la bourse du psoas iliaque ».

Bien des chirurgiens n'ont précisé la nature de la tumeur inguinale qu'après une ponction. Nous ne recommandons pas ce procédé aveugle et dangereux, appliqué à la région de l'aîne.

Cependant, nous avouons qu'il peut être des cas où le diagnostic clinique est en effet bien délicat voire impossible : la plupart des signes importants font défaut (douleurs, fluctuation, réductibilité, obs. XXVI) ; il faut absolument éliminer un néoplasme ; enfin le malade, lassé, demande une intervention. Dans ces conditions, l'*incision exploratrice* est absolument légitime et nous la conseillons largement. Elle est efficace, et actuellement sans dangers. Elle livre à l'examen direct la tumeur palpée en vain, maintenant nue et fluctuante ;

au besoin et pour lever tous les doutes, il est tout à fait loisible de la *ponctionner* à ce moment à ciel ouvert, sans risques : elle livre alors son secret : le liquide filant, synovial de l'hygroma chronique simple. Le diagnostic est ainsi assuré. Il ne reste plus qu'à achever sur le champ l'acte opératoire qui délivrera le malade.

Traitement

I. — TRAITEMENT LOCAL.

a) Etant donné la difficulté du diagnostic de l'hygroma chronique simple de la bourse du psoas, ce que nous pouvons dire de son *traitement de début* est plus théorique que pratique.

Disons seulement, pour être complet, qu'au début, il serait justiciable du repos, et des applications résolutes.

Des pansements humides chauds pourront calmer les douleurs.

b) Comment traiter localement l'hygroma chronique simple *nettement constitué* ?

1° Nous signalons pour mémoire le *bandage compressif* (SONNEBORN, obs. XIV). La hanche s'enkylose quelque peu ; on la rééduque par des mouvements passifs, et des bains. Malgré le succès obtenu par SONNEBORN (dans un seul cas d'ailleurs), nous estimons que la compression peut être dangereuse sur une tumeur qui n'a déjà que trop tendance à donner par elle-même des troubles nerveux et circulatoires *par compression* du nerf crural et des vaisseaux fémoraux.

2° Plus intéressants déjà sont les moyens médicaux dont

nous avons parlé ci-dessus : le repos, la révulsion, les pansements humides chauds. Mais ils sont insuffisants. Nous faisons notamment remarquer que dans le cas de HEINEKE (obs. v) où l'on mit en œuvre : repos, vésicatoires, badigeonnages iodés, il n'y eut pas de résultat.

3° *La ponction simple* est avant tout un moyen de diagnostic : la poche vidée se reforme peu après (obs. IX, X, XI, XVIII).

Suivie d'injection modificatrice, elle a pu donner quelques guérisons (obs. II, IV). Mais ces ponctions dans le triangle de Scarpa ne sont pas toujours sans danger, et il est peut-être imprudent d'injecter une solution iodée (par exemple) dans une bourse séreuse communiquant avec l'articulation (1).

4° *L'intervention chirurgicale* nous paraît donc le *traitement de choix*. Les observations les plus récentes sont unanimes à ce sujet. Les premiers traitements essayés : révulsions, ponctions, sont maintenant délaissés. Devant un diagnostic toujours délicat, voulant en toute certitude éliminer une néoplasie possible, même bénigne, le chirurgien, confiant dans l'asepsie actuelle décide l'opération *exploratrice*, dont la conclusion sera l'ablation du kyste séreux facilement vérifié.

(1) CERNEZ : Traitement non sanglant des hygromas, ganglions et autres formations kystiques. *Gazetta degli ospedali e delle cliniche* (Milan), an LIII, n° 46, 13 novembre 1932.

GUERRA (P.) : Cura radicale dell'igroma cistico con l'inezione di acido phenico. *Ann. di Med. nav.*, Roma, 1912, XVIII, pp. 253-255.
PUPOVAC (D.) : Treatment of hygromata and ganglia. *Wien. Klin. Wchnschr.* 40 : 882, 23 juin 1927.

Plusieurs opérateurs cependant se sont contentés d'*inciser la poche* repérée, de nettoyer sa paroi interne avec une solution antiseptique (eau phéniquée à 2 $\frac{1}{2}$ %, sublimé à 1/500, solution iodée) et de refermer avec ou sans drainage (obs. VIII, XI, XXVIII). Ce procédé peut être dangereux lorsque la poche communique avec l'articulation, ce qui paraît assez fréquent ; car le suintement du kyste et le drainage rendent toujours possible une infection exogène. Cette façon de faire ne peut être admise que dans le cas d'une poche peu volumineuse, très adhérente, et *ne communiquant pas* avec la cavité articulaire (obs. XXVIII).

Mais l'INTERVENTION IDÉALE EST L'ABLATION DU KYSTE SÉREUX (CURE RADICALE). — Nous indiquerons la technique de notre Maître, M. le Docteur CHASTENET DE GÉRY, comme étant la plus simple et la plus sûre (obs. XXVI) :

α) *Anesthésie locale* à la novocaïne à 1/200, sans adrénaline, plan par plan. Elle est suffisante et sans danger (1).

β) *Incision verticale externe*, en dehors des vaisseaux, un peu oblique en bas et en dedans, et de 10 cm. environ. On recline le couturier en dehors, on protège les rameaux du nerf crural, on découvre le kyste à travers quelques fibres du bord externe du muscle iliaque.

γ) Ponction de la poche, incision, exploration (corps

(1) L'anesthésie locale suffit aussi à PISANO (obs. XXI). Nous la préférons de beaucoup ici au chloroforme (obs. XII, compliquée, il est vrai de hernie) et à l'éther (obs. XXX), somme toute plus dangereux.

étrangers, communication avec la cavité articulaire, diverticules). Nettoyage au sérum salé. Dissection. Ablation du sac.

δ) S'il existe une communication avec l'articulation, il faut fermer l'orifice, en gardant pour cela des lèvres suffisantes, prélevées sur la paroi kystique.

ε) Fermeture. — Le drainage est généralement inutile.

Il est bien entendu que l'intervention doit se faire sous le couvert de la plus *stricte aseptie*.

Les résultats sont excellents. La guérison est obtenue en quelques semaines; les douleurs et la gêne fonctionnelle cessent. La mobilité articulaire de la hanche redevient complète, car l'articulation coxo-fémorale est le plus souvent intacte, même s'il y a communication.

II. — TRAITEMENT GÉNÉRAL.

Une médication générale anti-diathésique serait logique, après ce que nous avons dit de l'étiologie de l'hygroma chronique simple du psoas iliaque : traitement de la tuberculose, de la syphilis, du rhumatisme, de l'artério-sclérose, selon l'affection générale décelée. Elle complètera l'action locale, qui sera évidemment primordiale.

Observations

OBSERVATION I (VELPEAU, in thèse de JOLY)

*Kyste séreux de la bourse sous-psöidienne ; Ponction simple.
Insuccès.*

Après avoir éliminé toutes les tumeurs réductibles, le Professeur VELPEAU s'arrête un instant à l'idée d'un abcès froid ou d'une maladie de l'articulation, ou enfin d'un kyste de la bourse séreuse sous-psöidienne. Cependant la bonne constitution du sujet éloignait l'idée d'un abcès. La situation de la tumeur au devant de l'articulation aurait pu faire croire à une affection de cette dernière ; mais l'absence de douleurs et de déformation, la liberté des mouvements de la hanche, ne permirent pas de s'arrêter plus longtemps à cette pensée ; il ne restait donc plus que les kystes à invoquer. Ce n'était pas un kyste superficiel ; sa forme, sa situation et surtout sa profondeur, tout semblait donc accuser la bourse séreuse du psoas iliaque.

Ponction exploratrice : issue d'un verre de sérosité ; disparition complète de la tumeur. Celle-ci reparut au bout de quelques jours. Le malade ne permit pas de faire une injection iodée.

OBSERVATION II (CHASSAIGNAC) *Résumée* (1)

Kyste séreux de la gaine du psoas. Injection iodée. Guérison.

Roussel, journalier, constitution vigoureuse, est entré à l'Hôtel-Dieu, le 20 décembre 1844.

Il y a un an, ce malade ressentit des douleurs assez vives dans la région lombaire et dans la cuisse gauche, douleurs qui disparaissaient et se reproduisaient à des intervalles irréguliers. Un mois après le début de cette affection, le malade dut renoncer à tout travail, il y a quatre à cinq mois seulement qu'il s'aperçut de la formation d'une tumeur dans l'aîne, tumeur située au-dessous du ligament de Fallope entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'orifice inférieur du canal inguinal, grosse comme un œuf de poule, tumeur qui ne présentait de fluctuation en aucun point.

On diagnostique d'emblée un kyste de la gaine du psoas iliaque. Une ponction pratiquée donne issue à un liquide limpide citrin semblable à de la synovie légèrement colorée. Pas de résultats. Une seconde ponction pratiquée 25 jours plus tard, ramène un liquide filant, citrin, transparent (un verre environ). Injection avec parties égales d'eau et de teinture d'iode. Le 10 février la tumeur s'effaçait de plus en plus et le 21 la résorption est presque complète. Il ne reste plus qu'un petit noyau à peine appréciable. Exeat.

(1) Ainsi que pensent DUPLAY et DURVILLE, nous croyons qu'il s'agit bien d'un kyste de la bourse séreuse. Les symptômes ressemblent, en effet, à ceux de cette dernière affection.

OBSERVATION III (NATALIS GUILLOT *in* Masonneuve) (1)

*Hygroma chronique simple de la bourse du psoas
communiquant avec l'articulation de la hanche
atteinte d'arthrite sèche.*

Vieillard septuagénaire, dont la marche était très gênée. Il se servait d'une béquille depuis une vingtaine d'années. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont possibles, et même faciles. Il y a un raccourcissement de plus de 4 centimètres.

La région inguinale offre à considérer une tumeur sous-jacente à l'artère, qu'elle soulève et dont on voit les battements; la veine crurale est également soulevée et plus superficielle. La limite inférieure de la tumeur est à 3 centimètres environ du ligament de Poupart; sur les côtés, elle dépasse l'artère qui la coupe à son milieu de 3 centimètres en dedans et en dehors. En haut, la délimitation est obscure et impossible. Cette tumeur, du volume d'une pomme environ, est lisse et régulière; elle est fluctuante et douloureuse au toucher.

Le malade étant mort de pneumonie, on rencontra à l'autopsie les particularités suivantes :

1^o Disparition du col et de la tête du fémur; la cavité cotyloïde est remplacée par une surface légèrement saillante.

(1) Observation résumée, comme d'ailleurs la plupart de celles qui vont suivre.

2° La cavité articulaire communiquait dans la région du petit trochanter par un petit canal avec une tumeur kystique placée derrière le psoas iliaque et remontant jusque dans le bassin dans une étendue de 4 à 5 centimètres.

3° La capsule de la tumeur était formée de tissu fibreux dense. La tumeur et la cavité articulaire étaient remplies d'un même liquide visqueux, filant, jaunâtre.

OBSERVATION IV (RICHET in EHRLE)

*Hygroma chronique simple de la bourse séreuse sous-iliaque
Pas de communication avec l'articulation de la hanche
Ponction et injection iodée. — Guérison.*

Ehrle, de passage à Paris, a observé à la Pitié, dans le service de Richet, le cas suivant :

Début. — Un tonnelier vigoureux, âgé de 33 ans, ressentait depuis bientôt 13 ans de vives douleurs à la face antérieure et interne de la cuisse droite. Ces douleurs portaient d'un point situé dans le pli inguinal ; Elles irradiaient parfois jusque dans le genou. Depuis 4 mois seulement, le patient a remarqué l'apparition, à la partie supérieure du triangle de Scarpa, d'une tumeur offrant le volume d'un œuf de poule.

État actuel. — Cette tumeur ovoïde à grand axe longitudinal, siège exactement en arrière et un peu au-dessous du ligament de Fallope, à la partie externe de la région inguino-crurale, immédiatement en dehors des vaisseaux fémoraux. Le grand diamètre de la tumeur est parallèle au bord interne

du psoas. La peau est mobile sans modification de couleur ni d'épaisseur. En portant le fémur dans l'extension, la tumeur durcit; dans l'attitude opposée, on la sent molle et nettement fluctuante, et on constate d'une façon très manifeste que le psoas est soulevé par elle. Les manœuvres consistant à porter la cuisse en extension et en rotation externe exagèrent notablement les douleurs, qui sont atténuées lorsque le membre est fléchi. Articulation de la hanche absolument libre.

Opération. — Richet ponctionne cette tumeur et évacue un liquide clair, visqueux, avec quelques « concrétions albu-mino-fibreuses » (grains riziformes ?). La ponction est suivie d'une injection iodée; réaction modérée; guérison.

OBSERVATION V (HEINEKE)

Hygroma séreux chronique de la bourse sous-iliaque

Communication avec l'articulation coxo-fémorale

Applications externes irritantes. — Insuccès

Jeune femme de 34 ans, observée à la clinique de Dreifswald.

Début. — Il y a plusieurs années, cette malade présenta une inflammation rhumatismale des articulations coxo-fémorale et fémoro-tibiale, du même côté. L'arthrite du genou laissa à sa suite pendant plusieurs mois une hydarthrose qui finit par se résorber spontanément, au bout de quelque temps. Lorsque la malade reprit ses essais de marcher, elle ressentit

une grande faiblesse dans les hanches. Les cuisses refusaient de la porter et la patiente dut s'aliter de nouveau.

Etat actuel. — A l'examen de la hanche droite, on découvre une tumeur d'un volume notable, nettement fluctuante, indolente à la pression, qui, commençant légèrement au-dessus de l'Arcade de Fallope, se prolonge en bas le long du muscle psoas iliaque et soulève l'artère fémorale.

Une pression soutenue exercée sous la tumeur a pour effet d'en diminuer le volume; mais elle reprend ses dimensions primitives dès qu'on cesse cette pression.

Les mouvements passifs de l'articulation coxo-fémorale s'accomplissent librement et sans souffrance; mais dans les mouvements communiqués d'une grande amplitude, on sent, à certains moments, un bruit crépitant. Les mouvements actifs se font sans force et sont étroitement limités. S'appuyant sur la situation et la direction de la tumeur fluctuante, sur la réductibilité partielle, sur les troubles fonctionnels concomitants de l'articulation de la hanche (atteinte antérieure d'une arthrite aiguë), Heineke posa le diagnostic d'hygroma séreux de la bourse iliaque.

Traitement. — Par le repos, les vésicatoires, les badiageonnages iodés; pas de résultat.

OBSERVATION VI (WERNER in Volkmann)

Grand hygroma (?) de la bourse séreuse sous-iliaque.

Il s'agit d'un jeune homme chez lequel la tumeur, qui

contenait deux litres de synovie claire, allait depuis le petit trochanter jusqu'à la crête iliaque et sous le ligament de Poupart jusqu'au bassin. L'enflure s'était produite sans inflammation et l'absence de fièvre et de douleurs locales faisait repousser l'idée d'un abcès par congestion avec lequel la tumeur avait la plus grande ressemblance.

OBSERVATION VII (MICHEL CHARLESTON) (1)

Kyste de bourse séreuse du psoas iliaque ? Incision. Mort.

Grosse tumeur fluctuante et non douloureuse de la partie supéro-interne de la cuisse droite, chez un nègre de 50 ans, et allant du ligament de Poupart au genou. A l'opération, on trouva une poche adhérente, contenant une grande quantité de sérosité sale, et s'étendant jusqu'aux vaisseaux, entre les adducteurs, et vers le bassin. Mort quinze jours après. Pas d'autopsie.

OBSERVATION VIII (SCHAEFFER) *Résumée.*

Grand hygroma de la bourse iliaque, communiquant largement avec l'articulation de la hanche. Incision.

Guérison rapide avec persistance de la mobilité articulaire

Paul de Horkwitz, 40 ans, artisan vigoureux, est admis à la clinique, le 28 octobre 1879.

(1) Observation reproduite à titre documentaire. Quoi qu'en pense SCHAEFFER, il n'est pas sûr qu'il s'agisse d'un abcès de la bourse sous-iliaque.

Début. — Chute de voiture, il y a deux ans, dans laquelle la partie supéro-interne du fémur a dû être particulièrement contusionnée. Un an et demi après le traumatisme, il commence à se plaindre de douleurs et de légers troubles fonctionnels. Bientôt après, il remarque à la partie supéro-interne de la cuisse une tuméfaction du volume d'un citron, qui augmente rapidement, de même que les douleurs, qui irradient dans la jambe.

Etat actuel. — Amaigrissement marqué du membre. Dans la région inguinale sous le ligament de Poupart, tuméfaction tendue, grosse comme la tête d'un enfant, de forme ovoïde, qui confine du côté interne aux gros vaisseaux, mais paraît surtout profondément encastrée dans la musculature de la cuisse; son diamètre longitudinal suit sensiblement la direction du psoas. La cuisse est en flexion légère; l'extension complète, l'abduction et la rotation externe sont très douloureuses; la tuméfaction acquiert alors une dureté ligneuse. La cuisse fléchie, la tumeur devient fluctuante, en même temps qu'apparaît une seconde tumeur plus petite et grosse comme une pomme, située immédiatement en arrière du grand trochanter sur le bord inférieur du muscle grand fessier; lorsque la jambe est étendue cette seconde tumeur devient dure comme un fibrome; lorsqu'elle est fléchie, on la sent plus molle et complètement réductible; mais aussitôt la tumeur externe se distend: il n'y a pas de doute que ces deux cavités ne communiquent entre elles dans la région du petit trochanter. Les

mouvements de l'articulation de la hanche sont complètement libres; la tête du fémur est bien solide dans la cavité. Aucun signe de carie de la colonne vertébrale.

On hésitait entre l'hygroma de la bourse iliaque ou un kyste à échinocoques. Une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz ramena un liquide jaune comme de l'ambre, filant et consistant comme du blanc d'œuf.

Opération. — Le 11 novembre 1879, incision du sac. On recueille 60 grammes d'un liquide clair analogue à la synovie; la paroi du sac est épaisse; la surface interne est blanche, brillante et régulièrement cloisonnée par des travées conjonctives; elle est parsemée de petites végétations qui font saillie dans la cavité. Extraction totale. L'examen histologique montre qu'il s'agit bien d'un hygroma. Pendant l'opération, l'exploration digitale montre sur le bord interne du ligament de Bertin un grand orifice capsulaire au rebord dur et tranchant, qui permet l'introduction de deux doigts et qui fait communiquer la bourse kystique avec la cavité articulaire; derrière le col du fémur, on n'arrive pas à découvrir l'orifice de communication avec la poche postérieure complètement vidée cependant après l'incision. Deux drains. Guérison, mouvements articulaires libres.

OBSERVATION IX (PAGET et BAKER)

Kyste séreux du psoas iliaque. Ponction. Récidive.

Le patient, décorateur, était en bonne santé à part du rhu-

matisme. Depuis trois ans, il avait été tourmenté par une douleur dans la hanche gauche et le genou. Le mal avait progressivement empiré de telle façon que lors d'un premier examen sa hanche était immobilisée. On enregistra à ce moment qu'il y avait une légère plénitude au-dssous du ligament de Poupart. Après le traitement, il fut amélioré au point de pouvoir s'en aller faire son travail pendant six ans. Au bout de ce temps, il revint avec une impotence marquée du genou gauche et de la hanche. Le membre était raccourci de 2 cm. et éversé. La totalité du triangle de Scarpa, du ligament de Poupart au milieu de la cuisse était occupée par un large kyste hémisphérique d'un diamètre approximatif de 18 cm. Sur ponction, 42 onces de liquide jaune furent aspirées. A une date ultérieure, 40 onces furent retirées.

OBSERVATION X (PRENGRUEBER-PÉRIER) *Résumée.*

*Hygroma de la bourse séreuse du psoas. Ponction simple.
Récidive.*

Il s'agit d'un homme de 54 ans, charretier, qui est entré à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. PÉRIER pour une tumeur de la région inguinale. Il fut examiné par M. PRENGRUEBER.

Début. — Cette tumeur apparue insidieusement, s'accrut peu à peu. Grosse comme un œuf de poule environ, elle amena

une certaine impotence et quelques douleurs à forme névralgique le long du trajet du nerf crural.

Etat actuel. — La tumeur occupe la partie supérieure et externe du triangle de Scarpa, mais se prolonge sous l'arcade crurale. Elle est nettement circonscrite. Elle est de consistance dure, mais rénitente. Elle n'est pas réductible. Son siège est profond. Le psoas repoussé en avant se dessine nettement sous la peau dans la flexion de la cuisse. L'artère est superficielle, en avant et en dedans. Pas de lésion osseuse (vertèbres, os iliaque) et de points douloureux électifs. M. PRENGRUEBER se rangea à l'hypothèse d'un hygroma de la bourse séreuse du psoas.

Opération. — Une ponction faite avec l'appareil de Potain donna lieu en effet à la sortie d'un liquide clair, filant, glutineux, analogue au liquide de tous les hygromas.

Repos. Guérison momentanée. Après reprise de ses pénibles travaux, le malade récidive. La tumeur reparue, est entourée de tissus enflammés. Le repos, les émollients guérissent à peu près le malade.

OBSERVATION XI (SPRENGEL) *Résumée.*

Grand hygroma de la bourse iliaque communiquant avec l'articulation de la hanche. Incision. Drainage.

Guérison rapide avec persistance de la mobilité articulaire.

Frudenberg, âgé de 51 ans, vigoureusement charpenté, bonne santé habituelle.

Début. — Depuis bientôt un an, souffrant sans motif connu de douleurs au genou droit, il a remarqué depuis cinq mois une tuméfaction croissante de la région droite du ligament de Poupert, et une légère douleur dans les mouvements de l'articulation de la hanche. Le malade devint incapable d'un travail persistant.

Etat actuel. — Le malade boite en marchant, d'une manière très marquée. Les douleurs sont insignifiantes; surtout sensation de faiblesse dans la jambe droite notablement amaigrie. Dans l'aîne, sur la partie antérieure de l'articulation de la hanche droite, on remarque une tuméfaction ovoïde. Celle-ci siège sous le ligament de Poupert et empiète dans le bassin; elle s'étend en bas jusqu'à environ 6 cm. sous le ligament de Poupert; du côté interne jusqu'à la limite du tiers interne et médian de ce même ligament; du côté externe en haut jusque près de l'épine iliaque antérieure et supérieure; plus loin et plus bas elle est limitée par le bord antérieur du tendon du fascia lata. La tumeur est rénitente, cuisse étendue; dans la flexion, la fluctuation est insignifiante. Si l'on exerce une pression intermittente, on sent un petit craquement sous le doigt. L'articulation de la hanche est intacte; la légère limitation des mouvements n'est produite que par l'effet de la tuméfaction. A la colonne vertébrale et au bassin, exploration par le rectum, aucune affection sensible. La ponction exploratrice évacue un liquide jaune, légèrement teinté, et un peu visqueux.

Opération, 17 octobre 1886. — Le sac d'un gris bleu brillant est largement incisé ; on vide environ un tiers de litre du liquide ci-dessus cité. La paroi du sac est mince et complètement unie à l'intérieur ; en deux ou trois endroits cependant, excroissances pédonculées, minces, semblables à des franges articulaires ; on les enlève aux ciseaux. On aperçut sur le côté antérieur et interne de l'articulation un orifice de communication par où le doigt sentait facilement la tête du fémur. Lavage complet avec de l'eau phéniquée à 2 $\frac{1}{2}$ % ; irrigation avec du sublimé à 1/500. Drainage. Guérison.

OBSERVATION XII (LE DENTU-DAGRON) *Résumée.*

Hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque.

Mort par infection purulente.

S... Charles, 69 ans, charretier, est admis le 12 novembre 1890, dans le service du Docteur LE DENTU.

Début. — Il est porteur d'une hernie inguinale droite depuis 1888, apparue brusquement pendant un effort et peu gênante. Vers le milieu d'octobre 1890, il commença à ressentir quelques vagues douleurs dans la région inguinale droite et une certaine gêne dans la marche ; il remarque alors la présence d'une tumeur grosse comme une noix, bien indépendante de sa hernie.

Etat actuel. — On constate, en effet, à la région inguinale droite deux tumeurs : une externe et une interne. La première tumeur affecte la forme d'un losange dont le plus grand

diamètre, horizontal, correspondrait au pli de l'aîne et mesurant 8 cm., tandis que le diamètre vertical n'aurait que 5 cm. On sent battre l'artère à la partie interne de la tumeur dont la partie la plus extrême correspond à l'épine iliaque. Elle est très molle, nettement fluctuante; on ressent une fluctuation au-dessus de l'arcade de Fallope et elle est très manifeste par la double palpation abdominale et crurale. On ne sent aucune irrégularité, aucune bosselure. En faisant contracter le couturier, on voit qu'elle est placée sous le muscle. Les mouvements de la hanche ne sont pas douloureux.

La seconde tumeur est une hernie inguinale réductible, entéro-épiplocèle tendant à devenir scrotale.

L'état général est très bon.

Le 27, par *ponction* du kyste avec l'aspirateur Potain, on retire 250 gr. d'un liquide filant, transparent, légèrement citrin, que l'analyse chimique démontre être riche en albumine. Compression ouatée. Mais en 8 jours la poche avait repris son volume primitif.

Opération, 9 décembre, sous chloroforme (kyste et hernie). On ne remarque pas de communication entre le kyste et l'articulation.

La malade, indocile, mourut peu après d'infection purulente.

Autopsie. — La tumeur s'étendait en haut sur le psoas et remontait sur le muscle iliaque à 4 cm. au-dessus du ligament de Poupart. Sur les côtés, elle se mettait en dehors en

rapport avec le couturier et le droit antérieur, qu'elle soulevait même un peu, se glissant entre les muscles; en dedans, elle correspondait à la tête fémorale, puis envoyait en bas un prolongement situé sous les vaisseaux et contournant le fémur pour venir se terminer à la partie postérieure de cet os; ce cul-de-sac est situé entre le moyen et le grand adducteur. Il y a communication entre la séreuse iliaque et la séreuse articulaire, sur une longueur de 4 cm. Les parois de la poche sont épaisses de 2 mm.

OBSERVATION XIII (HOFFA) *Résumée.*

Kyste séreux du psoas iliaque.

Un homme se plaignait de douleurs dans la région de la hanche droite, et descendant même au genou. Un an auparavant il s'était blessé à la jambe, mais il n'en avait ressenti aucun trouble jusqu'à cette époque. A l'examen, le membre était en flexion partielle, avec légère abduction et rotation externe. La mobilisation de la cuisse à l'opposé de ces directions, c'est-à-dire en adduction, flexion et rotation interne, était limitée et douloureuse. Une tumeur à la partie supérieure de la cuisse, en dessous du ligament de Poupert fut aisément constatée.

OBSERVATION XIV (SONNEBORN)

*Hygroma de la bourse séreuse iliaque. Bandage compressif.
Guérison.*

Behrend Charles, sacristain, 46 ans, entré le 12 janvier 1874.

Depuis juin 1873, le malade est traité pour une affection rhumatismale de la hanche; il n'y a pas eu de traumatisme. La marche et la station debout est impossible; pas de signe de coxalgie. A la surface antérieure de la cuisse, dans le voisinage de la capsule articulaire, légère tuméfaction; douleurs et fluctuation indécises. Traitement par bandage, plâtre et glace.

La douleur diminue peu à peu. Une fois qu'on a enlevé le bandage, rigidité invincible, qui doit être combattue par des mouvements passifs et par des bains. Il quitte l'hôpital, le 5 mai 1874, avec l'articulation de la hanche normale.

Revu un an plus tard, il était encore bien portant.

OBSERVATION XV (HERDTMANN)

Kyste séreux de la bourse du psoas.

Le patient avait eu sa jambe gauche écrasée entre deux véhicules. Une tuméfaction douloureuse de la bourse du psoas iliaque se développa. La flexion ou la rotation interne occasionnaient beaucoup de douleurs.

OBSERVATION XVI (MOMMSEN)

Kyste séreux du psoas iliaque.

Le patient avait une tumeur non douloureuse provenant de la région du psoas iliaque, au-dessous du ligament de Poupert. L'artère fémorale était portée en avant par la masse. La tumeur était fluctuante et par pression diminuait de volume.

OBSERVATION XVII (MOMMSEN)

Un homme âgé de 50 ans, se plaignait de difficulté dans la marche, due à une grosseur dans la région inguinale droite. Celle-ci s'était accrue jusqu'à atteindre deux poings. Elle était de consistance ferme, non fluctuante et seulement un peu mobile. Le diagnostic avant l'opération était : sarcome du fascia de la cuisse. A l'opération, sa vraie nature fut établie.

OBSERVATION XVIII (COUTEAUD)

Kyste séreux du psoas iliaque. Ponction.

Un homme, âgé de 31 ans, avait eu la syphilis six ans auparavant. Sur le côté interne de la cuisse était une tumeur aux contours réguliers, de la grosseur d'un œuf. De la fluctuation pouvait être obtenue et il fut établi que la masse fluctuante s'étendait en haut dans le pelvis. L'articulation de la hanche était normale. La ponction révéla que le liquide contenu était clair, jaune, visqueux.

OBSERVATION XIX (DE WECK et DUPREZ)

Kyste séreux du psoas iliaque contenant deux corps étrangers.

Excision.

Un homme, âgé de 37 ans, avait eu, il y avait 26 ans une fracture du fémur près de son extrémité supérieure. Après consolidation, le membre était raccourci de 2 cm., et un peu de tuméfaction diffuse persistait dans la région inguinale. Quatre ou cinq mois avant l'opération, la tuméfaction devint douloureuse et son volume diminua. Par ponction un liquide limpide, sirupeux, très riche en albumine fut retiré. Par la suite, la tumeur ayant reparu fut repérée et excisée. Elle avait à peu près la dimension d'un œuf et était fluctuante. Le liquide contenu ressemblait au liquide synovial. En plus du liquide, le sac contenait deux corps jaunes blanchâtres formés de tissu fibreux, de cartilage et d'os. La tumeur occupait la position de la bourse du psoas iliaque.

OBSERVATION XX (PIERRE DELBET)

Hygroma de la bourse du psoas contenant des corps étrangers.

Opération. Guérison.

M. Pierre Delbet présente à la Société de Chirurgie de Paris, le 17 décembre 1902, trois corps étrangers ayant chacun le volume d'une très grosse noix, trouvés dans un hygroma de la bourse du psoas.

Il avait fait le diagnostic d'hygroma de la bourse du

psaos, mais il n'avait pas reconnu avant l'opération la présence de ces corps étrangers. Ils occupaient, en effet, la partie inférieure de la bourse qui est séparée de la peau par des muscles épais. Le plus volumineux était contre le petit trochanter, et il eut de la peine à le déloger. Ces corps ont l'aspect et la structure des corps étrangers articulaires, et cependant il affirme, ayant largement ouvert la poche, qu'elle ne communiquait pas avec l'articulation coxo-fémorale. Ils avaient donc bien pris naissance dans la bourse du psoas.

Le malade qui les portait a été opéré le 14 août. Il y a longtemps qu'il est complètement guéri.

OBSERVATION XXI (PISANO)

Kyste séreux du psoas iliaque. Excision.

Une femme, âgée de 62 ans, avait été tourmentée depuis deux mois par une douleur à forme de crampes dans la cuisse gauche, particulièrement à la partie postérieure et dans l'articulation de la hanche. Environ un mois plus tard, elle avait noté une grosseur dans la région inguinale gauche. L'examen révéla une tumeur fluctuante, non expansible dans la partie supérieure du triangle de Scarpa, et de la grosseur d'une tête de fœtus à terme. La cuisse était légèrement fléchie. Mouvements actifs ou passifs douloureux. L'opération, sous anesthésie locale, révéla une tumeur kystique au-dessous des muscles psoas et pectiné, s'étendant en haut à une distance considérable dans la fosse iliaque. La paroi du kyste était fibreuse

et contenait environ 400 cc. de liquide citrin, légèrement visqueux. Sur la face interne du sac, il y avait plusieurs endroits où un revêtement endothélial fut visible au microscope.

OBSERVATION XXII (CULLEN)

*Kyste séreux du psoas iliaque,
avec corps étrangers cartilagineux,
et communiquant avec la hanche.*

Un homme, âgé de 46 ans, boitait depuis dix ans. On lui avait dit qu'il avait une tumeur de la hanche gauche. Sa jambe gauche était raide et pendant la marche l'articulation de la hanche gauche était tenue aussi immobile que possible. Dans la fosse iliaque gauche était une masse qui pouvait avoir 8 × 10 cm., qui semblait occuper la plus grande partie de la moitié gauche du bassin. Cette masse était continuée par une plus petite qui passait en dessous du ligament de Poupert. La tumeur était rendue plus proéminente dans l'extension de la cuisse.

A l'opération, il se trouva que la tumeur contenait un liquide clair, visqueux, de couleur jaunâtre, en même temps que six masses cartilagineuses irrégulières et libres dans la cavité. La paroi de la tumeur était composée de tissu fibreux, sur lequel étaient disséminées des plaques de cartilage et d'os. Le sac communiquait avec la cavité synoviale de l'articulation de la hanche.

OBSERVATION XXIII (KUMMER)

Kyste séreux du psoas iliaque

communiquant avec l'articulation. Intervention chirurgicale.

Un homme, âgé de 59 ans, avait été parfaitement bien jusqu'à il y a quatre ans. A ce moment, il fut tourmenté par une douleur aiguë dans la région antéro-supérieure de la hanche. La douleur irradiait fréquemment au genou. Elle devint graduellement plus sévère. Un an après, on remarqua une légère grosseur dans la région inguinale. Les mouvements articulaires étaient libres. Sous traitement local, l'état s'améliora, mais seulement pour récidiver quatre ans après avec la même tumeur inguinale. Le membre était en légère flexion et rotation externe. La marche était pénible et accomplie avec l'aide d'une canne. Dans la région inguinale était une tumeur s'étendant en haut sous le ligament de Poupart et en bas jusqu'à la région du petit trochanter. Les vaisseaux fémoraux étaient refoulés en dedans et en avant. Le membre présentait des troubles circulatoires évidents sous forme d'œdèmes diffus, de varices et de purpura. Les mouvements de la hanche étaient tout à fait libres, sauf que l'extension et la flexion étaient légèrement limitées, et que la rotation interne était presque abolie. L'intégrité des os fut prouvée par rayons X. Par aspiration, un liquide visqueux, mucoïde, de couleur jaunâtre, était obtenu. 250 cc. furent aspirés à la fois. A l'opération, on vit que le sac, fibreux, communiquait avec l'articulation de la hanche.

OBSERVATION XXIV (LUND)

Kyste séreux du psoas iliaque, communiquant avec la hanche.

Excision.

Un homme, âgé de 70 ans, entré à l'hôpital avec une pesanteur à l'aîne droite, qui lui causait une douleur considérable et de la raideur de la jambe. Les intestins n'avaient pas fonctionné depuis deux jours. Un diagnostic de hernie étranglée avait été fait par un autre médecin. L'homme était émacié et présentait des déformations ostéoarthritiques des articulations des doigts. Dans la région inguinale, en arrière et en dehors de l'artère fémorale, et juste au-dessous du ligament de Poupart était une tumeur fluctuante, moitié grosse comme un œuf. Un diagnostic d'attente d'abcès profond en avant et au niveau de la hanche fut fait. L'opération révéla un kyste à paroi mince, siégeant sur le côté interne et au-dessous du tendon du psoas iliaque. La cavité contenait une once de liquide séro-fibrineux. Le sac communiquait avec l'articulation de la hanche.

OBSERVATION XXV (GATCH et GREEN)

Hygroma chronique simple de la bourse du psoas iliaque.

Opération. Guérison.

Une femme de 60 ans, grande, mince, plutôt chétive, était adressée pour une tumeur de l'aîne droite.

Début. — Depuis six ou sept ans, douleurs dans le mem-

bre, l'articulation de la hanche, et le dos. Par moment, engourdissement et faiblesse dans la jambe, ayant même provoqué une chute. Deux mois avant l'examen, elle avait remarqué la tumeur de l'aîne.

Examen. — A l'aîne droite, était une tumeur ovoïde d'environ la grosseur d'un œuf de poule, directement sous le milieu du ligament de Poupart, son grand axe étant parallèle à ce ligament. Contours nets, arrondis et réguliers. L'artère fémorale était refoulée en avant de la partie interne de la tumeur, sous la peau intacte. Pas de fluctuation. La tumeur ne changeait de forme ou de situation dans aucun des mouvements de la cuisse, et paraissait solidement fixée aux plans profonds. Pas de grosse adénite inguinale, ni de gêne circulatoire de la jambe. La palpation profonde de la fosse iliaque ne révéla rien d'anormal. La malade marchait sans douleur ni boiterie. L'examen de la colonne vertébrale fut négatif, de même que celui du bassin. L'examen général ne révéla rien d'important. Température normale; pression sanguine 18/0; recherche de la syphilis et de la tuberculose négative. On élimine l'abcès du psoas, la hernie, l'anévrisme, une adénite, de même une arthrite. La tumeur est considérée comme probablement néoplasique et bénigne.

Opération. — Elle révèle l'existence d'un kyste séreux du psoas. Le sac dur et fibreux, à surface interne unie, contenait une matière gélatineuse rappelant la gelée de pomme.

Pas de communication avec l'articulation de la hanche. Pas de drainage. Guérison sans incident.

Examen histologique du sac : tissu fibreux, hyalin, dense, parsemé d'aires d'infiltration inflammatoire.

OBSERVATION XXVI (CHASTENET DE GÉRY) (1)

*Hygroma hémorragique de la bourse séreuse du psoas.
Communication avec l'articulation de la hanche. Opération.
Guérison.*

Un homme de 52 ans, contremaître de papeterie, vient consulter à l'Hospice Paul-Brousse le 4 janvier 1928, pour une tumeur de l'aîne droite.

Antécédents héréditaires sans intérêt. Ses parents sont morts très âgés. Il a une fille de 25 ans en bonne santé. Sa femme, également bien portante n'a pas eu d'autre grossesse, ni de fausse-couche.

Dans ses antécédents personnels, on relève une sciatique gauche, à l'âge de 38 ans et une hémorragie rétinienne de l'œil droit, il y a deux mois, en rapport avec des troubles d'hypertension artérielle.

Début. — L'affection actuelle semble avoir une origine

(1) Nous publions *in extenso* cette très intéressante et très complète observation, parce qu'elle est l'origine et la base de notre travail,

lointaine. Le malade raconte qu'à l'âge de dix ans, un chariot lui a passé sur la racine de la cuisse droite et que cet accident lui avait laissé une petite tumeur indolore, dans l'aine correspondante.

Il y a trois ans, des douleurs apparaissent dans l'aine, la fesse et le genou droits. Il y a quinze mois, la petite tumeur inguinale commence à grossir et poursuit son développement jusqu'à atteindre le volume actuel.

Etat actuel. -- Examinant le malade, on constate dans la région inguinale une tuméfaction arrondie plus grosse que le poing. Il s'agit d'une masse de contours assez réguliers, de consistance ferme, presque dure, indolore à la palpation, mate à la percussion, qui siège à la base du triangle de Scarpa, mais empiète un peu sur la fosse iliaque et efface le pli de l'aine. Elle atteint en dedans la verticale passant par l'épine pubienne, reste en dehors à un doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure et descend jusqu'à 4 à 5 doigts du pli inguinal.

La tumeur a soulevé l'artère fémorale qu'on voit et qu'on sent battre très superficiellement. Elle ne présente pas d'expansion ni de battements propres. Elle est irréductible. Aucun déplacement ne peut lui être imprimé. Elle semble fixée par les muscles qu'elle a refoulés en avant d'elle, et par des attaches profondes. Mais la peau est restée parfaitement mobile et n'a subi aucune modification à son niveau. L'articulation de la hanche a tous ses mouvements.

Le malade étant couché sur le dos, si l'on fait fléchir la cuisse, la tumeur paraît s'enfoncer, mais ne remonte pas. Par contre, si l'on fait asseoir le malade, elle donne l'impression de s'abaisser un peu, en somme comme si elle était fixée au bassin plutôt qu'au fémur.

Aucun signe de gêne circulatoire : pas de réseau veineux superficiel dans la région de la tumeur, pas d'œdème du membre inférieur. Mais il y a une diminution très nette du reflexe rotulien à droite sans atrophie musculaire, ni troubles moteurs appréciables.

En dehors de la tumeur, il n'y a rien d'intéressant à noter. De grosses varices cependant, mais siégeant au membre opposé. Le sujet est grand et vigoureux. Il n'a pas maigri. Sa température est normale.

A la radiographie, le squelette est intact. Une inégalité du contour de la tête fémorale à sa partie inférieure paraît sans grande importance.

Le diagnostic sembla malaisé. Il était facile d'éliminer une néoplasie ganglionnaire, un anévrisme, une hernie, une affection articulaire ou même osseuse de nature inflammatoire. On fait sans conviction le diagnostic de fibrome ou de fibrosarcome d'origine ligamenteuse, musculaire ou périostique et fixé au bord antérieur de l'os iliaque. Puis, on décide de pratiquer une opération exploratrice afin d'enlever la tumeur si l'exérèse complète en était possible, ou sinon, d'en préle-

ver un fragment pour l'examen histologique en vue d'un traitement par les radiations.

Opération, le 11 janvier 1928. — Anesthésie locale à la novocaïne à 1/200, sans adrénaline. Cette anesthésie s'est montrée suffisante jusqu'au bout.

Incision longitudinale sur le flanc externe de la tumeur, commençant sur l'arcade crurale, un peu en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure et descendant avec un légère obliquité interne dans l'étendue de 10 à 12 cm. Le couturier est écarté en dehors. Au-dessous, le bord externe du muscle iliaque et le nerf crural refoulé excentriquement se présentent. Le nerf déjà divisé à ce niveau est formé d'un faisceau de grosses branches, à ce qu'il semble, un peu infiltrées et œdémateuses. Les nerfs ayant été largement infiltrés de novocaïne peuvent être réclinés en dedans. Il faut dissocier quelques fibres musculaires qui appartiennent à l'iliaque et on arrive alors sur une tumeur à paroi fibreuse, dense, blanchâtre, donnant cette fois une impression nette de rénitence et même de fluctuation.

Ponction. — On extrait environ 150 cc. de liquide sanglant, rouge noirâtre, épais, filant, comme mélangé de mucus. La poche en grande partie vidée est incisée longitudinalement. Sa paroi, très épaisse (6 à 8 mm.) est doublée intérieurement d'un feuillet lui-même épais, grisâtre, lisse, d'aspect fibrineux. Un lavage de la poche au sérum chaud ramène de petits caillots sanguins et fibrineux.

Dès ce moment, le diagnostic ne fait pas de doute ; il s'agit d'un hygroma hémorragique de la bourse du psoas. L'exploration intérieure de cet hygroma montre une vaste cavité arrondie dont l'aire est inscrite dans celle du triangle de Scarpa et qui communique très largement en arrière avec l'articulation de la hanche. Le doigt entre en contact avec la face antérieure du col et le rebord de la cavité cotyloïde.

Réclinant fortement en dedans toutes les parties molles antérieures, on amarre des pinces sur les bords de l'incision de la poche et on dissèque et on isole sa paroi de proche en proche. Celle-ci étant extériorisée le plus possible, on la ré-sèque, puis on suture les bords de ce qui reste de cette paroi sur un drain. Il n'a pu être question ici de supprimer la bourse séreuse en totalité, car il n'aurait pas été possible de refermer l'articulation coxo-fémorale. Suture aponévrotique et cutanée.

A la suite de l'opération, la température s'est tenue entre 38° et 38°5, pendant trois jours, puis elle est revenue à la normale. En outre, la région opératoire a gardé assez longtemps une teinte ecchymotique et il y a eu un ictère léger durant quelques jours. Les agrafes ont été enlevées le 6^e jour, le drain le 7^e, et les fils le 12^e. La cicatrisation était complète au bout de quinze jours. Le malade a quitté le service, guéri et sans troubles fonctionnels le 2 février. Six semaines plus tard, il allait parfaitement bien. Mais il succombe huit mois après son opération, en septembre 1928, par hémorragie cé-

rébrale, alors que sa hanche était complètement guérie.

Le liquide sanglant retiré de l'hygroma contenait des débris cellulaires, de l'hémoglobine dissoute et des cristaux d'hémoglobine, mais aucun germe microbien. L'examen histologique de la paroi de l'hygroma, pratiqué par M. Perrot, a donné le résultat suivant :

« La paroi est uniquement formée d'une nappe conjonctive dense, très lamelleuses, dont la substance fondamentale fibro-hyaline, enserme de très rares cellules conjonctives. En quelques points, et près de la surface interne, apparaissent de petites zones de cartilage fibro-hyalin. Très rares capillaires. Pas de lésions inflammatoires dans les points considérés. Pas de revêtement nettement identifiable ».

OBSERVATION XXVII (CHASTENET DE GÉRY) (1)

Une femme d'environ 50 ans présente un cancer du sein, des troubles nerveux néoplasiques et dans l'aîne droite une grosse tumeur dure, qui, à la palpation donnait une impression de crépitation particulière due à la présence de calculs cartilagineux polyédriques. Le diagnostic fut fait à l'examen et vérifié par M. VIGNARD.

(1) Nous donnons à titre documentaire ce cas qui ne fut jamais publié. Il est identique à celui de P. DELBET (Obs. XX). Il fut donné à un concours des hôpitaux de Nantes. M. CHASTENET DE GÉRY qui connaissait le cas de M. DELBET fut seul à faire le bon diagnostic, et nous a rapporté oralement cette observation.

OBSERVATION XXVIII (ARROU)

*Hygroma chronique simple du psoas.
Opération. Guérison.*

Un maçon d'une quarantaine d'années souffrait très vaguement à la racine de la cuisse et n'y comprenait rien; car il n'avait subi aucun traumatisme. Personne ne fit le bon diagnostic. On s'accorda seulement à dire que la coxo-fémorale n'avait rien. Cet homme qui réclamait des soins fut opéré. Avec quelques difficultés (ils sont plus profonds qu'on ne croit, ces kystes) on découvrit une poche du volume d'un œuf, que la ponction montra pleine de liquide verdâtre sans signification. Poussant plus loin, on put reconnaître qu'aucune communication n'existait avec la jointure. Renonçant alors à une extirpation difficile et d'ailleurs inutile ici, on frotta la paroi interne de la poche avec une compresse iodée et on ferma le tout. Et cela guérit tout seul.

OBSERVATION XXIX (E. SORREL) *Résumée.*

*Hygroma hémorragique de la bourse séreuse du psoas.
Communication avec l'articulation de la hanche
qui contenait un ostéophyte libre. Opération. Guérison.*

Un homme de 55 ans était adressé avec le diagnostic de coxalgie et d'abcès froid de la région inguinale.

Il avait toujours mené une vie très active. Un jour en dansant, il avait ressenti une brusque douleur dans la région

inguinale et il souffrait depuis ce moment. La marche était douloureuse. Il existait une tuméfaction très tendue, rénitente de la région inguinale en dedans des vaisseaux fémoraux, et la radiographie montrait une déformation notable de la tête fémorale; c'était les trois points sur lesquels on s'était basé pour dire *coxalgie*. Mais l'examen révélait une absence de contracture des muscles péri-articulaires qui cadrerait mal avec cette hypothèse; le malade souffrait seulement dans certains mouvements de l'articulation assez variables d'ailleurs, et on n'éveillait de douleur qu'en comprimant assez fortement la tuméfaction inguinale. La déformation que montraient les radiographies ressemblait beaucoup plus à une déformation d'une arthrite sèche ou d'une arthrite nerveuse qu'à celle d'une coxalgie. Enfin ses reflexes rotuliens étaient abolis et il existait chez lui une spécificité datant de vingt-cinq ans environ et pour laquelle il s'était fort irrégulièrement soigné. Il n'y avait pas de signes de tabès à proprement parler, mais l'hypothèse d'une arthropathie nerveuse me paraissait la plus vraisemblable. La radiographie de la colonne vertébrale, qui montra des altérations de la forme des dernières vertèbres lombaires vint d'ailleurs la confirmer. On réserve le diagnostic.

Opération. — On trouve sous le psoas une poche très épaisse, qui se continuait sans aucun rétrécissement avec la capsule articulaire. Par ponction, il en sortit une sorte de sérum. On ouvre alors largement et on trouve, au milieu d'un

liquide séro-hémorragique ressemblant à celui d'une vieille hémarthrose un ostéophyte libre de la grosseur de la 3^e phalange du petit doigt, et dont le pédicule avait été brisé; son point d'implantation se voyait très nettement sur le rebord antéro-inférieur de la tête. Après avoir vidé l'articulation, on résèque la poche exubérante et on suture. Guérison. L'articulation redevint indolente. On continue le traitement spécifique.

OBSERVATION XXX (J. A. PHELIP) *Résumée.*

Hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque.

Opération. Guérison.

Monsieur X..., 52 ans, vient consulter en juillet 1929 pour une tumeur à la racine antérieure de la cuisse droite.

Industriel très occupé, il frappe par son amaigrissement et son teint jaunâtre. Son passé pathologique est assez lourd; son père est mort ataxique, sa mère est bien portante; de six frères, deux seuls sont vivants. Lui-même né très vigoureux, a eu une pleurésie droite à l'âge de 15 ans, suivie deux ans après d'un abcès costal droit qui a suppuré longtemps. Il est aussi très rhumatisant. A 30 ans, il contracte la syphilis pour laquelle il ne se soigne régulièrement que depuis 1918, par cyanure intraveineux, et la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

C'est au début de juillet qu'il a senti une gêne au niveau

de la hanche droite, gêne marquée surtout quand il est étendu sur le dos, les jambes en rectitude. En même temps, il a remarqué sur la racine de la cuisse la masse pour laquelle il vient consulter.

A l'examen. — Au niveau du triangle de Scarpa droit, quand le malade est debout, on ne constate aucune modification de coloration ni de vascularisation de la peau, mais on voit nettement une tuméfaction. Le malade étant couché, la tuméfaction reste la même. En palpant, on sent, faisant bissectrice du triangle de Scarpa, une masse dure, allongée, dont le diamètre transversal paraît de 5 cm. et siégeant en dehors des vaisseaux fémoraux, que l'on sent battre et qui sont nettement repoussés en dedans, atteignant presque en bas le tiers inférieur du triangle et le débordant en haut au-dessus de l'arcade crurale dans la fosse iliaque. On ne sent pas de douleur, mais une rénitence dure; la mobilisation en est limitée; par ailleurs, on ne sent pas de ganglions inguinaux. En mettant le membre inférieur en flexion et abduction, celle-ci, quoique complète paraît un peu gênée.

Rien du côté de la verge, rien à l'anus; on pratique un toucher rectal qui ne montre rien de spécial. L'examen du membre inférieur droit ne révèle rien autre.

Le diagnostic paraît être à première vue celui d'adénosarcome. Une radiographie montre une intégrité complète du squelette. Vu l'amaigrissement, les antécédents, l'âge du malade, le diagnostic est hésitant. Le malade est suivi. Or, la

tumeur n'augmente pas, ni ne régresse. Mais fin septembre apparaît une péri-arthrite scapulo-humérale gauche, où la radiographie montre une articulation normale. L'attention est attirée sur une possibilité de bursite de la bourse séreuse du psoas. De fait, depuis la manifestation scapulaire la tuméfaction inguinale a diminué nettement.

Opération. — 29 octobre 1929, sous-anesthésie à l'éther. La tumeur, du volume d'un œuf, dure, grisâtre, fait corps avec la face postérieure du muscle et adhère à la face antérieure de la capsule articulaire. On l'enlève. Drainage. Guérison complète après quelques massages et électrothérapie.

Le kyste contenait un liquide filant. Ses parois étaient formées de tissu fibroïde présentant un léger état inflammatoire subaigu ; lésions vasculaires d'aspect syphilitique ; un tubercule douteux (Résultat global de trois examens histologiques).

Conclusions

1. — L'hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque est une affection exceptionnelle. Sa forme chronique simple est la moins rare et la plus caractéristique.

2. — Dans l'*hygroma chronique simple du psoas iliaque*, la *poche* séreuse est volumineuse, souvent très adhérente à la paroi postérieure du muscle et à l'articulation de la hanche. Elle présente quelquefois des *diverticules* fessiers. Dans la moitié des cas, *elle communique* avec la cavité coxo-fémorale. Elle contient un *liquide* d'aspect synovial, ou hémorragique, ou en gelée de coings ; et quelquefois des *corps étrangers* cartilagineux ou osseux. Sa *paroi*, essentiellement *fibreuse*, renferme dans certains cas des plages cartilagineuses ou inflammatoires.

3. — Il est primitif ou secondaire :

Primitif, il peut être provoqué uniquement par un *trauma* direct ; mais il résulte surtout de la *localisation d'une affection générale* diathésique, à la faveur d'une irritation ou d'un traumatisme local.

Secondaire, il est consécutif à une *arthropathie* (rhumatismale, ou nerveuse par exemple), grâce à une communication de la cavité articulaire coxo-fémorale avec la bourse séreuse sous-iliaque.

4. — *Sa symptomatologie est uniforme.*

Les *signes subjectifs* consistent en *douleurs* passagères à la racine de la cuisse, *pesanteur* et *impotence* relative du membre.

L'examen objectif révèle une *tumeur* assez volumineuse à la partie supéro-externe du triangle de Scarpa, *ovoïde*, régulière, *profondément fixée*, dure ou rénitente dans l'extension de la cuisse, *fluctuante* dans la flexion, souvent *réductible*, quand elle communique avec l'articulation ou un diverticule, et donnant quelquefois de la crépitation à la pression (corps étrangers).

Les mouvements de la hanche ne sont réduits qu'à cause de la tumeur et de la douleur. Mais *l'articulation est intacte* dans la majorité des cas.

5. — *L'évolution est très lente.* L'affection devient de plus en plus gênante, mais reste relativement bénigne.

6. — Le *diagnostic*, rarement posé, est possible. Il se fait surtout par élimination, avec toutes les autres tumeurs de l'aîne. *L'opération exploratrice* est tout à fait recommandable.

7. — *Le traitement de choix est l'ablation* du kyste sé-

reux. Nous préconisons la technique à la fois simple et sûre, employée par notre Maître, M. le Docteur CHASTENET DE GÉRY.

De cette façon, la guérison apparaît complète et définitive.

Vu, le Doyen :

BALTHAZARD.

Vu, le Président :

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

Bibliographie

- ARROU. — *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, 29 décembre 1928, p. 1.474.
- AUVRAY. — Kyste développé dans la bourse séreuse située sous le psoas. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1919, vol. XLV., p. 980.
- BAKER, W. MORRANT. — St. Bartholomew Hosp. Reports, vol. XXI, 1885.
- CHARLESTON. — *Journal of Americ. Med. in Centralblatt*, 1880, p. 127.
- CHASSAIGNAC. — *Traité de la suppuration et du drainage*, 1859, t. II.
- CHASTENET DE GÉRY. — Un cas d'hygroma hémorragique de la bourse séreuse du psoas. *Bull. et Mém. de la Soc. nat. de Chir.*, 29 décembre 1928, p. 1466-1472 et 2 février 1929, p. 98.
- CHURCHMANN. — Luetic Bursopathy of Verneuil. *The Americ. Journal of the Med. Soc.*, septembre 1909.
- N. COZZI. — Hygroma of psoas complicated with ossifluent abcess, case. *Folia medica*, 15 novembre 1929, p. 1.635.

- CULLEN. — A large cystic tumor developping from the ilio-psoas bursa. *Journal Americ. M. Ass.* Chicago, 1910, LIV, pp. 1181-1184.
- DAGRON (Cas de LE DENTU). — Hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque; mort par infection purulente. *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1891, vol. LXVI, pp. 140-143.
- F. DURVILLE (cas de SCHWARTZ). — L'hygroma de la bourse séreuse du psoas, *thèse de Paris*, 1895, n° 78.
- P. DELBET. — Corps étrangers contenus dans un hygroma de la bourse du psoas. *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1902, vol. XXVIII, p. 1.264.
- EHRLE. — *Wurtemberg medicinische Correspondantblatt*, octobre 1868, t. 38, n° 34, p. 275.
- FRICKE. — *Jl. der Chirurgie und Augenfeilkunde*, 1834, t. 21, p. 235.
- HEINEKE. — Mémoire paru à Erlangen, 1868, p. 104.
- HOFFA. — *Monatsschrift. f. Unfallheilk*, 1889, vol. C, p. 287.
- JOLY. — *Thèse de Paris*, 1847 (cas de Velpeau).
- KUMMER. — Un cas d'hygroma chronique de la bourse du psoas iliaque ou ilio pectinée. *Rev. Méd. de la Suisse Rom.*, Genève, 1917, vol. XXXVII, p. 574.
- LUND. — The ilio psoas bursa, its Surgical importance and the theatment of its inflammatory Conditions, with report of three cases. *Boston Médical and Surg. Jl.*, vol. CXLVII, 1922.

MAISONNEUVE (cas de NATALIS GUILLOT). — *Clinique Chirurgicale*, 1863, t. 1, p. 243.

MOMMSEN. — Zwei f. alle gutartiger grosser schleimbent el hygrome. *Deutsche med. Wchnschr., Leipz. u.*, Berlin, 1895, vol. XX, pp. 107-109.

MONDAIN. — Un cas de communication directe de la bourse séreuse du psoas iliaque avec la synoviale de l'articulation coxo-fémorale. *Arch. Med. d'Angers*, 1889, vol. III.

PAGET. — Tr. Path. Soc. of London, 1884, p. 342.

J. A. PHÉLIP. — Hygroma de la bourse séreuse du psoas iliaque. *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 18 juin 1930, t. II, p. 845.

PISANO. — Un caso di igroma della borsa sierosa dello psoas iliaco. *Policlin., Rome*, 1913, vol. XX, Sez. prat., pp. 415-445.

H. A. POPPE. — Zur Casuistik der bursitis iliaca, 8^e, Kiel, 1900.

PRENGRUEBER (cas de PÉRIER). — *Gaz. Hôpitaux*, 1885, n^o 132.

ROSE. — *The Lancet*, 1873, 5 avril.

SCHCÆFFER. — *Centralblatt für Chirurgie*, 1880, n^o 27.

SONNEBORN. — Inaugur. Dissert. Marbourg, 1894, p. 27.

E. SORREL. — Hygroma hémorragique de la bourse séreuse du psoas. *Bull. et Mém. Soc. nat. de Chir.*, 2 fév. 1929, pp. 98-100.

- SPRENGEL. — *Centralblatt für Chirurgie*, 1887, n° 1.
- VOHNOUT. — Suppuration streptococcique de la bourse séreuse sous-iliaque. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, Berlin, vol. CLXVIII, fasc. 1.
- VOLKMANN (cas de WERNER). — *Krankheiten der Gelenkorganen*, t. II.
- DE WECK et DUPRAZ. — Hygroma de la bourse séreuse du psoas dû à la présence de corps libres consécutifs à une fracture ancienne du fémur. *Rev. Méd. de la Suisse Rom.*, Genève, 1900, vol. XX.
- WETZEL. — Hygrom. der Bursa subiliaca. *Munchen. med. Wchnschr.*, 1899, XLVI, p. 658.
- ZUELZER. — Die Schleimbentel der Hufte und deren Erkrankungen. *Deutsch. Ztschr. f. Chirurgie*, 1898, vol. XLIX.
-

Table des Matières

	Pages
Introduction	11
Notions anatomiques	15
Définitions. Fréquence. Historique	25
Anatomie pathologique	29
Etiologie. Pathogénie	35
Symptomatologie	41
Evolution. Complications. Pronostic	57
Diagnostic	59
Traitement	63
Observations	67
Conclusions	101
Bibliographie	105
